

Especialização Multiprofissional na **Atenção Básica**



Eixo III - A Assistência na Atenção Básica
Atenção Integral à Saúde do Idoso
Medicina



GOVERNO FEDERAL

Presidente da República

Ministro da Saúde

Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)

Diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)

Coordenador Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde

Responsável Técnico pelo Projeto UNA-SUS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitor Luís Carlos Cancellier de Olivo

Vice-Reitora Alacoque Lorenzini Erdmann

Pró-Reitor de Pós-graduação Sérgio Fernando Torres de Freitas

Pró-Reitor de Pesquisa Sebastião Roberto Soares

Pró-Reitor de Extensão Rogério Cid Bastos

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretora Isabela de Carlos Back Giuliano

Vice-Diretor Ricardo de Souza Vieira

DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

Chefe do Departamento Antonio Fernando Boing

Subchefe do Departamento Fabrício Augusto Menegon

Coordenadora do Curso Fátima Buchele Assis

COMITÊ GESTOR

Coordenadora Elza Berger Salema Coelho

Coordenadora Pedagógica Kenya Schmidt Reibnitz

Coordenadora Executiva Rosângela Leonor Goulart

Coordenadora Interinstitucional Sheila Rubia Lindner

Coordenador de Tutoria Antonio Fernando Boing

EQUIPE EAD

Alexandra Crispim Boing

Antonio Fernando Boing

Eleonora Milano Falcão Vieira

Marialice de Mores

Sheila Rubia Lindner

AUTORES 1ª EDIÇÃO

Jussara Gue Martini

Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello

André Junqueira Xavier

Lúcio José Botelho

2ª EDIÇÃO ADAPTADA

Jussara Gue Martini

Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello

André Junqueira Xavier

Lúcio José Botelho

Fernando Mendes Massignam

3ª EDIÇÃO

Jussara Gue Martini

Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello

André Junqueira Xavier

Lúcio José Botelho

Fernando Mendes Massignam

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Atenção Integral à Saúde do Idoso Medicina

Versão adaptada do curso de
Especialização Multiprofissional em Saúde da Família

Eixo III

A Assistência na Atenção Básica

Florianópolis
UFSC
2016

© 2016 todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de Santa Catarina. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

Edição, distribuição e informações:

Universidade Federal de Santa Catarina

Campus Universitário, 88040-900 Trindade – Florianópolis – SC

Disponível em: www.unasus.ufsc.br.

Ficha catalográfica elaborada por Eliane Maria Stuart Garcez – CRB 14/074

U588a Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde.
Curso de Especialização Multiprofissional na Atenção Básica – Modalidade a Distância.

Atenção integral à saúde do idoso: medicina [recurso eletrônico] /
Universidade Federal de Santa Catarina. Jussara Gue Martini... [et al]
(Organizadores). 3. ed. — Florianópolis : Universidade Federal de Santa
Catarina, 2016.

94 p.

Versão adaptada do curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da
Família.

Modo de acesso: www.unasus.ufsc.br

Conteúdo do módulo: Vulnerabilidades ligadas à saúde do idoso. – Ações
da clínica e do cuidado nos principais agravos à saúde do idoso. – Práticas
educativas na atenção à saúde do idoso. – Experiências exitosas no
trabalho interdisciplinar na atenção básica, saúde do idoso.

ISBN: 978-85-8267-091-0

1. Atenção básica em saúde. 2. Saúde do idoso. 3. Atenção integral à saúde do
idoso. I. UFSC. II. Martini, Jussara Gue. III. Mello, Ana Lúcia Schaefer Ferreira
de. IV. Xavier, André Junqueira. V. Botelho, Lúcio José de. VI. Massignan,
Fernando Mendes. VII. Título.

CDU: 613.98

EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL

Coordenação Geral da Equipe: Eleonora Milano Falcão Vieira, Marialice de Moraes

Coordenação de Produção: Giovana Schuelter

Design Instrucional: Marlete Vieira, Soraya Falqueiro

Revisão Textual: Deise Joelen Tarouco de Freitas, Flávia Goulart

Design Gráfico: Fabrício Sawczen

Ilustrações: Fabrício Sawczen

Design de Capa: Rafaella Volkmann Paschoal

SUMÁRIO

UNIDADE 1 INTRODUÇÃO.....	11
REFERÊNCIAS.....	16
UNIDADE 2 VULNERABILIDADES LIGADAS À SAÚDE DO IDOSO	19
2.1 Biologia do envelhecimento.....	19
2.2 Aspectos sociais do envelhecimento	22
2.3 A entrevista.....	25
REFERÊNCIAS.....	28
UNIDADE 3 AÇÕES DA CLÍNICA E DO CUIDADO NOS PRINCIPAIS AGRAVOS	
À SAÚDE DO IDOSO.....	31
3.1 Alimentação e nutrição.....	31
3.2 Osteoporose	36
3.3 Avaliação de quedas	40
3.3.1 Avaliação de mobilidade.....	42
3.4 Avaliação da visão.....	43
3.5 Avaliação auditiva	44
3.6 Avaliação da capacidade funcional	44
3.7 Avaliação cognitiva.....	47
3.8 Avaliação de depressão.....	49
3.9 Vacinação para os idosos	55
3.10 Síndrome metabólica e diabetes	55
3.11 Hipertensão arterial.....	60
3.12 Iatrogenia.....	61
3.13 Incontinência urinária.....	62
3.14 A sexualidade das idosas e dos idosos	63
3.15 O cuidador	65
REFERÊNCIAS.....	69
UNIDADE 4 PRÁTICAS EDUCATIVAS NA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO	73
4.1 Educação para a compreensão da velhice.....	73
4.2 Orientações aos familiares cuidadores	75
4.3 Atividades educativas em saúde nos grupos de idosos.....	77
REFERÊNCIAS.....	82

UNIDADE 5 EXPERIÊNCIAS EXITOSAS DO TRABALHO INTERDISCIPLINAR NA ATENÇÃO BÁSICA — SAÚDE DO IDOSO	85
5.1 Educação popular e promoção da saúde do idoso: reflexões a partir de uma experiência de extensão universitária com grupos de idosos em João Pessoa - PB	85
5.2 Grupo de hidroterapia – Fisioterapia aquática, Projeto Mais Viver	86
REFERÊNCIAS	88
 SÍNTESE DO MÓDULO	 89
AUTORES	90

APRESENTAÇÃO DO MÓDULO

O presente módulo procura discutir a atenção integral à saúde do idoso e o processo de trabalho interdisciplinar da equipe de saúde da atenção básica. Para tanto, organizamos o conteúdo de modo a aprofundar os conhecimentos sobre o cuidado da pessoa idosa procurando ampliar o olhar individual, trazendo, também, para a discussão aspectos relacionados às redes de apoio e aos cuidadores diretos desses idosos. Tais questões são retomadas e rediscutidas na especificidade de sua categoria profissional, com foco na integralidade do cuidado.

Com isso, pretendemos ampliar a resolubilidade das ações na Atenção Básica, entendendo que somente por meio do trabalho em equipe, da integralidade do cuidado, do planejamento em saúde direcionado à pessoa idosa, respeitando sua singularidade, alcançaremos tal objetivo. Todos estes caminhos são indispensáveis para o desenvolvimento de uma prática acolhedora, humanizada e solidária.

Desse modo, é fundamental refletirmos a respeito dos potenciais de atuação dos profissionais da saúde nesse campo, consolidando as competências relacionadas à promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, tratamento e reabilitação, quer seja no âmbito da unidade de saúde, do território ou do domicílio.

Ementa

Abordagem integral à saúde do idoso; humanização da assistência; trabalho em equipe interdisciplinar; aspectos biológicos e sociais envolvidos no processo de envelhecimento; ações da clínica e do cuidado nos principais agravos da saúde do idoso; experiências exitosas do trabalho interdisciplinar na Atenção Básica na saúde do idoso.

Objetivo geral

Compreender a atenção à saúde do idoso de maneira mais abrangente, de modo a incluir os diferentes olhares do trabalho em equipe nas questões relativas à atenção integral à saúde do idoso, os aspectos biológicos e sociais envolvidos no processo de envelhecimento, assim como medidas de promoção da saúde, preventivas de doenças e agravos, curativas e reabilitadoras fundamentadas pela integralidade do cuidado.

Objetivos específicos

- Refletir sobre as políticas de saúde voltadas para a pessoa idosa no Brasil e os principais indicadores de morbimortalidade desta população.
- Compreender os aspectos biológicos e sociais envolvidos no processo de envelhecimento, refletindo sobre o papel dos membros da equipe de Atenção Básica no planejamento de ações e avaliação de riscos relativos à saúde do idoso.
- Conhecer as principais ações da clínica e do cuidado nos agravos à saúde do idoso, bem como as medidas de promoção da saúde, preventivas de doenças e agravos, curativas e reabilitadoras.
- Identificar possibilidades de trabalho interdisciplinar na Atenção Básica por meio do relato de experiências exitosas para subsidiar uma prática profissional fundamentada pela integralidade do cuidado.

Carga horária: 30h

Unidades de conteúdo

Unidade 1: Introdução

Unidade 2: Vulnerabilidades ligadas à saúde do idoso

Unidade 3: Ações da clínica e do cuidado nos principais agravos à saúde do idoso

Unidade 4: Práticas educativas na atenção à saúde do idoso

Unidade 5: Experiências exitosas do trabalho interdisciplinar na Atenção Básica – saúde do idoso

PALAVRA DOS PROFESSORES

Seja bem-vindo(a)!

Neste módulo, aprofundaremos os conhecimentos sobre a atenção integral à saúde do idoso, buscando ampliar as possibilidades de atuação dos profissionais da Atenção Básica para além das ações clínicas individuais. É fundamental refletirmos acerca dos potenciais de atuação dos profissionais da saúde neste campo, consolidando competências no âmbito da promoção da saúde, prevenção de doenças e agravos, tratamento e reabilitação. É imprescindível que estas ações sejam desenvolvidas no âmbito da unidade de saúde, do território e na atenção domiciliar aos idosos e suas famílias.

Fundamentaremos a reflexão sobre a atenção integral à saúde da pessoa idosa a partir das seguintes questões:

- As ações dos profissionais da saúde respondem às necessidades desta população?
- O que preconizam as políticas de atenção à saúde do idoso formuladas pelo Ministério da Saúde?
- Quais os desafios que o cuidado integral à saúde do idoso apresenta aos profissionais da equipe de saúde? Quais os limites da atuação destes profissionais e quais as possíveis estratégias que os mobilizam para superá-los?

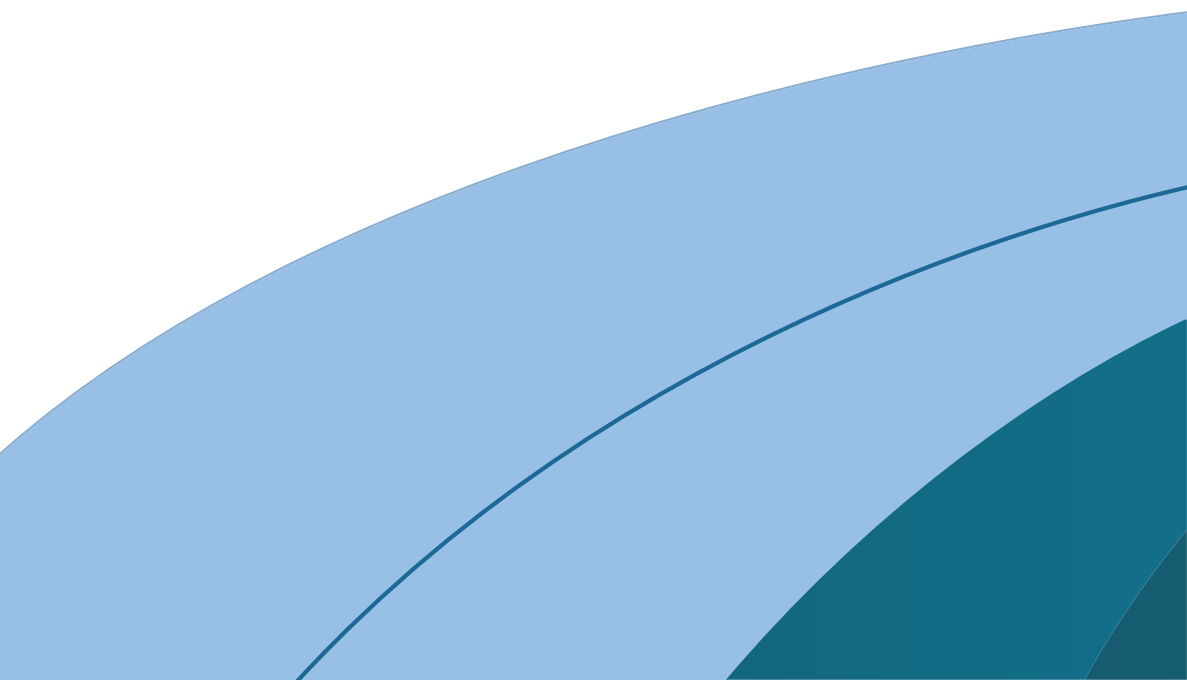
Serão discutidas as questões relativas às especificidades de sua área profissional, lembrando que o trabalho em equipe interdisciplinar fortalece a atenção integral à pessoa idosa.

Bons estudos!

Jussara Gue Martini
Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello
André Junqueira Xavier
Lúcio José Botelho
Fernando Mendes Massignam

Atenção Integral à Saúde do Idoso
Medicina

Unidade 1



1 INTRODUÇÃO

Os indicadores demográficos e de morbimortalidade demonstram, nas últimas décadas, um aumento no tempo de vida na maioria das populações, mesmo em países considerados economias periféricas, baixa e média renda. Embora ainda haja muita variabilidade social, a estrutura etária e os problemas de saúde são e serão, por algumas décadas, um dos principais desafios da sociedade e dos profissionais de saúde, a fim de que seja possível conciliar longevidade e qualidade de vida.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) aponta como principal desafio para a Saúde Pública a construção de uma vida ativa e autônoma no envelhecimento. Esse objetivo pode ser alcançado por meio do fortalecimento de políticas públicas de promoção da saúde, sobretudo aquelas voltadas para a população idosa, oportunizando qualidade de vida e bem-estar no envelhecimento.

Diante desta perspectiva, é preciso que a sociedade discuta coletivamente as questões históricas e culturais que ainda desvalorizam a pessoa idosa em nosso país. Para tal, novas **tecnologias, leves e duras**¹, inovação e conhecimento, são aliados potentes para transformar de maneira justa e democrática a equidade na distribuição de serviços e facilidades para esse grupo populacional que mais cresce em nosso país.

Em 2025, o Brasil terá a sexta maior população mundial em termos de números absolutos de indivíduos com 60 anos ou mais (OMS, 2005). Em 2050, serão aproximadamente 22% de idosos no planeta (ONU, 2011).

As mudanças nas condições para o envelhecimento, ao longo dos anos, considerando a análise temporal de Parahyba e Simões (2006), no período de 1998 a 2003, aponta redução da incapacidade funcional. Mas seu caráter progressivo aumenta com a idade, principalmente para aqueles acima de 80 anos. Muitas pessoas vivenciam essa fase da vida com diferentes graus de dependência. Enfrentar essa realidade pressupõe não apenas oportunizar o acesso aos serviços e bens de saúde, mas também investir alto no desenvolvimento social, econômico e político da população.

1 Merhy (2002) estabelece tipos de tecnologia para a área de saúde, agrupando-as e definindo-as como leve, leve-dura e dura. A tecnologia leve considera o processo de produção da comunicação, das relações, de acolhimento, de autonomização, de vínculos que conduzem ao encontro dos usuários com as necessidades de ações na saúde. A tecnologia leve-dura inclui os saberes estruturados, representados pelas disciplinas que operam em saúde, a exemplo da clínica médica, odontológica, epidemiológica, da enfermagem, entre outras. A tecnologia dura pode ser representada pelo material concreto, como equipamentos tecnológicos (*hardware*), mobiliário permanente ou de consumo, normas e rotinas, estruturas organizacionais.

Na atualidade, entre as mais urgentes preocupações dos idosos em todo o mundo está saúde, juntamente com a garantia de renda. A crise econômica global exacerbou a pressão financeira para assegurar tanto a segurança econômica como o acesso ao atendimento à saúde na terceira idade. Mas, o empobrecimento da população idosa é uma realidade que impressiona, uma vez que a remuneração recebida por meio de aposentadorias e pensões (sua principal fonte de renda) foi reduzida drasticamente com o passar dos anos.

Em 1988, quase 90% dos idosos aposentados no Brasil recebiam contribuições de até 2,5 salários-mínimos (CHAIMOWICZ, 1997). Hoje, mais de 25 anos depois, o valor médio das aposentadorias pagas pelo Instituto Nacional do Seguro Social (INSS) é de R\$927,05, o que não alcançou 1 e 1/2 salário mínimo. Fica evidente a pauperização do aposentado em nosso país, e enquanto as aposentadorias e pensões rurais, na média nacional, não chegam ao valor de um salário mínimo (R\$724,00), a média nacional das urbanas alcançou R\$ 1.041,11 e houve superávit significativo entre suas receitas e suas despesas (COBAP, 2014a).

As transformações do perfil demográfico da população e no mercado de trabalho elevaram as contas da Previdência Social e fizeram com que, a partir de meados da década de noventa do século XX, e atualmente, fosse intensificado o debate acerca dessa instituição. Considerando que em 2014, o país tinha 11,3% da população com mais de 60 anos de idade, e o número de beneficiários do INSS passará de 27 milhões para 48,2 milhões, um crescimento de 78%, o cenário é preocupante (COBAP, 2014b).

Mesmo com a referida perda de poder aquisitivo, muitas famílias sobrevivem contando com o valor recebido pelo idoso a título de pensão ou aposentadoria e, muitas vezes, essa condição determina a própria posição da pessoa idosa na dinâmica familiar.

As mulheres são as que mais sofrem neste cenário. Litvak (apud CHAIMOWICZ, 1997, p. 189) diz que “os problemas sociais, econômicos e de saúde dos idosos são, em grande parte, os das mulheres idosas”, que vivem mais que os homens. Ao se tornarem viúvas, têm maior dificuldade para casar novamente, são mais sozinhas, apresentam menores níveis de instrução e renda.

A situação se agrava quando existem condições adversas de trabalho, moradia e alimentação, favorecendo com isso uma frequência aumentada de doenças e de dependência. Neste sentido, Kalache (apud CHAIMOWICZ, 1997, p. 189) alerta para o conceito de envelhecimento funcional que “nos países do Terceiro Mundo pode ocorrer muito antes da barreira artificial dos 60 ou 65 anos, devido às condições de vida precárias”. É necessária a eliminação da pobreza entre os idosos, de modo a habilitá-los para que participem plenamente da vida social, econômica e política de suas sociedades, oportunizando a realização pessoal e o bem-estar do indivíduo em todo o curso de sua vida.

A existência de ambientes socioculturais marcados pelo respeito à pessoa idosa e o reconhecimento do valor do envelhecimento saudável são pilares para o desenvolvimento de ações de saúde dirigidas a essa população. Sob tal inspiração, a OMS lançou, em 2005, o Projeto Cidade Amiga do Idoso, em 33 grandes cidades nos cinco continentes, com vistas a gerar um guia identificador das características principais dessas cidades.

Uma cidade amiga do idoso é aquela que adapta suas estruturas e serviços para que sejam acessíveis e inclusivos às pessoas idosas com diferentes necessidades e capacidades, o que estimula o envelhecimento ativo ao otimizar as oportunidades para a saúde, participação e segurança, a fim de aumentar a qualidade de vida das pessoas à medida que envelhecem. Trata-se de uma contribuição para que as comunidades consigam autoavaliar-se em nove categorias (espaços abertos e prédios, transporte, moradia, participação social, respeito e inclusão social, participação cívica e emprego, comunicação e informação, apoio comunitário e serviços de saúde) e, a partir de tal diagnóstico, planejar e implementar ações que tornem mais amigáveis os lugares onde vivem, beneficiando a todos.

A OMS também tem reconhecido que a atenção prestada à pessoa ao longo do curso da vida nas unidades de saúde tem um papel determinante para o envelhecimento saudável. Indica, ainda, que essas unidades de saúde sejam amigáveis a todas as faixas etárias, e aponta enfaticamente que os referidos serviços sejam acolhedores e ajustados às necessidades dos idosos.

No Brasil, em 1994, a Lei n. 8842/1994 dispôs sobre a política nacional do idoso, criou o Conselho Nacional do Idoso, dentre outras providências (BRASIL, 1994). E no ano de 1999, o Ministério da Saúde publicou a Portaria n. 1.395 GM/MS (BRASIL, 1999), lançando a Política de Saúde do Idoso, revisada pela Portaria n. 2.528, de 19 de outubro de 2006 (BRASIL, 2006a). Buscando reverter o enfoque do modelo assistencial à saúde, essa política apresenta como eixos orientadores as medidas preventivas, a promoção da saúde e o atendimento multidisciplinar específico para os idosos.

A Política de Saúde do Idoso visa a incentivar e viabilizar formas alternativas de cooperação intergeracional, com atuação junto às organizações da sociedade civil, representativas dos interesses dos idosos, com vistas à formulação, implementação e avaliação das políticas, planos e projetos relacionados à saúde do idoso. Prioriza ainda: o atendimento por suas próprias famílias das pessoas idosas em situação de vulnerabilidade, em detrimento ao atendimento asilar; a promoção de educação permanente dos profissionais de saúde, especialmente nas áreas de geriatria e gerontologia; a prioridade para o atendimento do idoso em órgãos públicos e privados prestadores de serviços; e o fomento à discussão e desenvolvimento de estudos referentes à questão do envelhecimento (BRASIL, 2006a).

Outro instrumento legal de proteção ao idoso, o Estatuto do Idoso, foi publicado em 2003. Esse documento contribui sobremaneira para a conscientização do direito dos idosos em relação às questões de saúde, regulamentando as medidas de proteção, com o estabelecimento de penalidades para aqueles que violarem tais direitos, e contempla, também, as áreas de educação, habitação e transportes.

Vale mencionar ainda a Portaria n. 73/01 da SEAS/MAPS (BRASIL, 2001), que orienta o funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil; e a RDC n. 283/05, da ANVISA (ANVISA, 2005), que aprova o Regulamento Técnico que, entre outras normas, exige um plano de atenção integral à saúde dos idosos residentes em instituições de longa permanência (ILPIs).

No campo da gestão, a União busca uniformizar o compromisso dos gestores do SUS em torno de prioridades que apresentam impacto sobre a situação de saúde da população brasileira. Um marco no SUS é a Portaria n. 399, de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde e aprova suas Diretrizes Operacionais. Na sessão Pacto pela Vida, ainda que a definição de prioridades deva ser estabelecida por meio de metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais, a Saúde do Idoso é uma das seis prioridades pactuadas (BRASIL, 2006b).

O documento indica as diretrizes a serem seguidas nacionalmente em relação às questões de saúde dos idosos. São elas:

- promoção do envelhecimento ativo e saudável;
- atenção integral à saúde da pessoa idosa;
- estímulo às ações intersetoriais;
- provimento de recursos capazes de assegurar a qualidade da atenção à saúde da pessoa idosa;
- estímulo à participação e ao fortalecimento do controle social;
- formação e educação permanente dos profissionais de saúde do SUS na área de saúde da pessoa idosa;
- divulgação e informação sobre a política nacional de saúde da pessoa idosa para trabalhadores do SUS;
- promoção de cooperação nacional e internacional das experiências na atenção à saúde da pessoa idosa;
- apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas nessa área.

No sentido de operacionalizar a atenção ao idoso na Atenção Básica, foi publicado, em 2006, o *Caderno de Atenção Básica* n. 19, intitulado *Envelhecimento e saúde da pessoa idosa*, reforçando o caráter interdisciplinar do cuidado à saúde do idoso, a atenção humanizada, o acompanhamento e apoio domiciliar, a diminuição das barreiras físicas e não físicas dos serviços de saúde e a promoção de hábitos que favoreçam a qualidade de vida. Além disso, seguindo o princípio

da territorialização, as equipes de saúde devem ser responsáveis pela atenção à saúde de todos os idosos cadastrados na sua área de abrangência, inclusive os que residem em ILPIs, públicas e privadas (BRASIL, 2006c).

O cuidado ao idoso, assim como a toda a população, na Atenção Básica engloba questões maiores que a atenção clínica. Concentra-se, neste sentido, no fomento à construção de espaços coletivos de discussão sobre o território, visando ao debate social acerca de todos os aspectos envolvidos no processo saúde-doença, tais como: o acesso à água potável, a coleta segura de resíduos de todos os tipos, moradia adequada, alimento seguro e nutritivo, sistema de transporte adequado às necessidades, serviços de saúde e educação, inclusive uma rede de apoio familiar e comunitário, etc. (MIYATA et al., 2005).

Argumenta-se que essa concepção, fundamentada na vigilância em saúde e nos determinantes sociais de saúde, encontra na Atenção Básica suas melhores potencialidades de operacionalização, contribuindo para as mudanças almejadas no SUS. No entanto, a integração das práticas individuais e coletivas nos espaços de atuação das equipes de saúde ainda enfrenta obstáculos de natureza político-institucional, técnico-organizativa e de formação inicial e permanente. A superação de tais obstáculos requer decisão pessoal, profissional e político-institucional nas diferentes esferas e instâncias que compõem o Sistema Único de Saúde.

Ao profissional de saúde compete a atenção integral a essa população na perspectiva de um cuidado que seja acolhedor, humanizado e capaz de promover vínculos solidários, protagonismo, qualidade de vida e bem-estar.

SÍNTESE DA UNIDADE

Vimos, nesta unidade, aspectos importantes sobre os indicadores demográficos e de morbimortalidade, assim como a variabilidade social, a estrutura etária e os problemas de saúde que são dos principais desafios para a sociedade e para os profissionais de saúde frente à longevidade e à qualidade de vida.

Também elencamos fatores que podem interferir na saúde do idoso, reforçando que o cuidado ao idoso, assim como à toda a população na Atenção Básica, engloba questões maiores que a atenção clínica. Destacamos o caráter interdisciplinar do cuidado à saúde do idoso, a atenção humanizada, o acompanhamento e o apoio domiciliar, a diminuição das barreiras físicas e não físicas dos serviços de saúde, e a promoção de hábitos que favoreçam a qualidade de vida.

Esperamos, com isso, reforçar a importância de conhecer a realidade dos idosos de sua área, observando as dificuldades e as potencialidades dessa população em relação à saúde, para que a equipe de saúde possa planejar ações de cuidado que respondam às necessidades do idoso, de sua família e da comunidade e que seja acolhedor, humanizado e capaz de promover vínculos solidários, protagonismo, qualidade de vida e bem estar.

REFERÊNCIAS

ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada nº 283, de 26 de setembro de 2005. Aprova o regulamento técnico que define normas de funcionamento para as instituições de longa permanência para idosos, de caráter residencial. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2005/res0283_26_09_2005.html>. Acesso em: 02 mar. 2016.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1994. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8842.htm>. Acesso em: 09 mar. 2016.

BRASIL. Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso. **Diário Oficial da União**, Brasília, 1999. Disponível em: <<http://www.saudeidoso.icict.fiocruz.br/pdf/PoliticaNacionaldeSaudeIdosa.pdf>>. Acesso em: 02 mar. 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 73, de 10 de maio de 2001. Estabelece normas de funcionamento de serviços de atenção ao idoso no Brasil, nas modalidades previstas na Política Nacional do Idoso, e aos desafios que o crescimento demográfico impõe ao país. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estatuto do idoso**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estatuto_idoso.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a política nacional da pessoa idosa. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2006b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0399_22_02_2006.html>. Acesso em: 02 mar. 2016.>. Acesso em: 02 jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Cadernos de Atenção Básica, n. 19. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. 192 p. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abca19.pdf>. Acesso em: 02 mar. 2016.

CHAIMOWICZ, F. A saúde dos idosos brasileiros às vésperas do século XXI: problemas, projeções e alternativas. **Revista de Saúde Pública**, v. 31, n. 2, p. 184-200, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n2/2170.pdf>>. Acesso em: 08 mar. 2016.

COBAP. Confederação Brasileira de Aposentados, Pensionistas e Idosos. **Valor médio das aposentadorias e pensões não chega a 1 salário mínimo e meio.** 2014a. Disponível em: <<http://www.cobap.org.br/noticia/57303/valor-medio-das-aposentadorias-e-pensoes-nao-chega-a-1-salario-minimo-e-meio>>. Acesso em: 11 mar.

COBAP. Confederação Brasileira de Aposentados, Pensionistas e Idosos. **Brasil terá a nona população mais idosa do mundo.** 2014b. Disponível em: <<http://www.cobap.org.br/noticia/57430/brasil-tera-a-nona-populacao-mais-idosa-do-mundo>>. Acesso em: 11 mar. 2016.

MERHY, E. E. **Saúde:** a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.

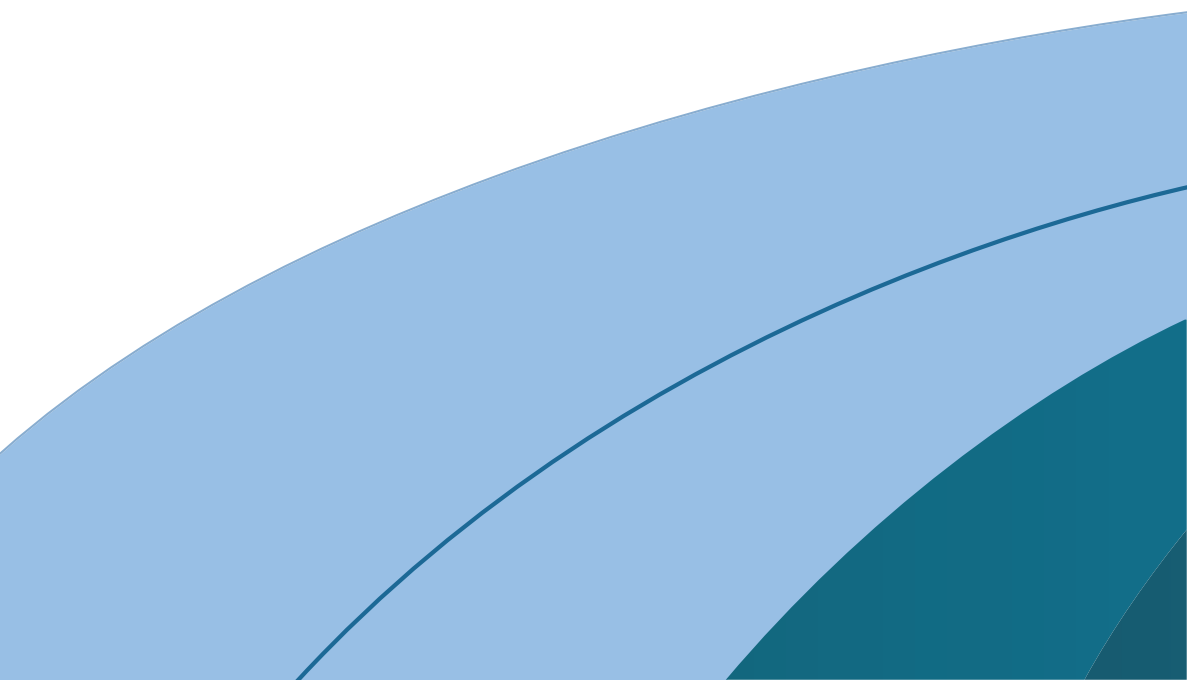
MIYATA, D. F. et al. Políticas e programas na atenção à saúde do idoso: um panorama nacional. **Arquivos de Ciências da Saúde**, Umuarama, v. 9, n. 2, p. 135-140, maio/ago. 2005.

OMS. Organização Mundial da Saúde. **Envelhecimento ativo:** uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

ONU. Organização das Nações Unidas. **World Population Prospects:** the 2010 revision. Nova York: Nações Unidas, 2011.

PARAHYBA, M. I.; SIMOES, C. C. S. A prevalência de incapacidade funcional em idosos no Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 4, p. 967-974, Dec. 2006.

Unidade 2



2 VULNERABILIDADES LIGADAS À SAÚDE DO IDOSO

O crescimento da população de idosos, em números absolutos e relativos, é um fenômeno mundial. Em 1950, eram cerca de 204 milhões de idosos no mundo; em 1998, já eram 579 milhões, um crescimento de quase 8 milhões de pessoas idosas por ano. O censo brasileiro de 2010 mostrou um crescimento na participação de pessoas com 65 anos ou mais na população total, chegando a 7,4% (PORTAL BRASIL, 2011).

Este módulo pretende explorar as alterações decorrentes do processo de envelhecimento biológico e suas interações na família e na sociedade. Na entrevista do idoso, vamos lembrar tópicos importantes a serem investigados e as suas peculiaridades neste grupo. Para completar, faremos uma breve orientação sobre a prática do cuidado, levantando os problemas mais comuns encontrados e sugerindo formas de solucioná-los.

2.1 Biologia do envelhecimento

Envelhecimento é um processo individual, acumulativo, irreversível, universal, não patológico, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio-ambiente e, portanto, aumente sua possibilidade de morte (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1993).

O envelhecimento, sendo um processo de diminuição progressiva da reserva funcional de um indivíduo, traz à tona a sempre presente inevitabilidade da finitude da vida. Nesse contexto, temos, como seres humanos racionais, o desejo de impedir tal processo que, em última análise, chega-nos a parecer injusto.

Mas podemos evitar o envelhecimento? Envelhecer é tão ruim assim? E, sendo inevitável, como torná-lo mais agradável?

O maior desafio, na atenção integral à saúde da pessoa idosa, é conseguir contribuir para que, apesar das progressivas limitações que possam ocorrer, seja possível redescobrir possibilidades de viver a própria vida com a máxima qualidade possível. Essa possibilidade aumenta na medida em que a sociedade considera o contexto familiar e social e consegue reconhecer as potencialidades e o valor das pessoas idosas. Parte das dificuldades deste grupo relaciona-se a uma cultura que o desvaloriza e o limita.

Quando acontece de **forma natural**², o envelhecimento não costuma provocar problemas que inviabilizem a autonomia. É o que chamamos de senescência. No entanto, em condições de sobrecarga como doenças, acidentes e estresse emocional, pode ocorrer uma evolução patológica com perdas e fragilidade e este processo chama-se senilidade. Repare que ambos os conceitos são apenas didáticos, pois podem necessitar de intervenções de promoção de saúde e prevenção de agravos e doenças.

2 No futuro poderemos descobrir que o natural de hoje, na verdade, era patológico.

Logo, para a adequada atenção à saúde de uma pessoa idosa, dois grandes erros devem ser evitados:

- considerar todas as alterações como decorrentes do envelhecimento natural, atrasando diagnósticos e tratamentos;
- tratar o envelhecimento natural como uma doença, realizando exames e tratamentos desnecessários (iatrogenia).

O discernimento entre normal e patológico requer conhecimentos a respeito das alterações esperadas no processo de envelhecer. As mudanças podem ser notadas já a partir dos 30 anos, quando começa a ocorrer uma queda na taxa de metabolismo basal, fazendo com que muitas pessoas aumentem seu peso com acúmulo de gordura no tronco; a queda na quantidade de água corpórea leva ao surgimento de alterações na pele como rugas e flacidez; e há a tendência à perda de massa óssea e muscular. Outras alterações podem ser visualizadas no quadro a seguir.

ÓRGÃO/SISTEMA	ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS	CONSEQUÊNCIAS	DOENÇA
Geral	↑ massa gorda ↓ água corpórea	↑ Volume de distribuição de drogas lipossolúveis ↓ Volume de distribuição de drogas hidrossolúveis	Obesidade Anorexia ↑ Risco de desidratação
Olhos e ouvidos	↓ da acomodação do cristalino	Presbiopia	Cegueira
	Opacificação do cristalino	↑ da susceptibilidade a ofuscamento da visão Necessidade de aumento da iluminação	
	↓ da acuidade para sons de alta frequência (agudos)	Prebiacusia, dificuldade para discriminar palavras em ambientes barulhentos	Surdez
Endócrino	Manutenção de níveis glicêmicos prejudicada	↑ glicemia em resposta a doenças agudas Osteopenia, perda de força muscular.	<i>Diabetes mellitus</i> ↓ Na ⁺ , ↑ K ⁺ ↓ Libido Osteomalácia, quedas e fraturas
	↓ da depuração e síntese da tiroxina		
	↑ ADH, ↓ renina e ↓ da aldosterona		
	↓ da testosterona		
	↓ da absorção e ativação da Vitamina D		
Respiratório	↓ da elasticidade pulmonar ↑ da rigidez da parede torácica	Desequilíbrio na razão ventilação / perfusão e ↓ PO ₂	Dispneia e hipóxia em condições patológicas
Cardiovascular	↓ da complacência arterial ↑ PA sistólica ↓ resposta β-adrenérgica ↓ sensibilidade do barorreceptor ↓ automatismo do nó sinusal	Hipotensão em resposta ao ↑ da frequência cardíaca ↓ débito cardíaco e frequência cardíaca em resposta ao estresse. Dificuldades para a manutenção da PA.	Hipertensão Arterial Sistólica Isolada Síncope Insuficiência Cardíaca Bradiarritmias
Gastrointestinal	↓ função hepática ↓ acidez gástrica ↓ motilidade intestinal ↓ função anorretal	Retardo na absorção e metabolismo de algumas drogas, vitaminas e sais minerais Constipação	Cirrose Osteoporose Deficiência de vitamina B ₁₂ Impactação fecal Incontinência fecal
Hematológico/ Imune	↓ reserva da medula óssea ↓ função das células T ↑ autoanticorpos	PPD falso negativo FR e FAN falso positivo	Anemia ↑ Doenças autoimunes
Genitourinário	Atrofia da mucosa genital e uretral em mulheres Aumento da próstata	Bacteriúria assintomática. ↑ volume residual vesical	Dispareunia ITU Incontinência urinária Retenção urinária
Musculoesquelético	↓ massa magra (músculos) ↓ densidade óssea	Osteopenia, sarcopenia	Incapacidades funcionais Fratura de quadril
Nervoso	↓ da massa cerebral ↓ síntese de catecolamina e dopamina cerebrais ↓ reflexos	Esquecimentos benignos Alterações de marcha (passos curtos e lentos) ↑ desequilíbrio do corpo Alteração da arquitetura do sono	Demência, delirium Depressão Doença de Parkinson Quedas Apneia do sono Insônia

Quadro 1 – Algumas alterações fisiológicas no idoso, suas consequências e doenças relacionadas

Além das alterações próprias da idade, a pessoa idosa apresenta algumas particularidades:

- a manifestação clínica das doenças é atípica, especialmente naqueles com mais de 75 a 80 anos;
- frequentemente desenvolvem descompensação com sintomas inespecíficos em estágios mais precoces da doença devido à baixa reserva fisiológica;
- muitos mecanismos de homeostasia podem ser comprometidos em uma doença, com múltiplas anormalidades a se tratar, por vezes, aparentemente não relacionadas;
- melhora na capacidade cognitiva e funcional são ótimos indicadores de tratamento eficaz;
- muitos achados podem não significar doença, mas partem do processo de envelhecimento normal e são confundidos e tratados erroneamente (praticamente todos os idosos têm osteoartrose, mas muitas vezes é indolor);
- respondem diferentemente às medicações com acentuação de efeitos colaterais, muitas vezes antes dos efeitos terapêuticos.



Link

Como avaliar o risco de morte de idosos a partir da avaliação cognitiva e funcional? Acesse o endereço a seguir para obter informações sobre o assunto:

XAVIER, A. J. et al. Orientação temporal e funções executivas na predição de mortalidade entre idosos: estudo epidioso. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 44, n. 1, fev. 2010. Disponível em: <http://www.observatorionacionaldoidoso.fiocruz.br/biblioteca/_artigos/164.pdf>.

2.2 Aspectos sociais do envelhecimento

Durante anos, os idosos em nossa sociedade foram estereotipados e rotulados como antiquados, rígidos, senis, aborrecidos, até mesmo inúteis e incômodos. Por isso, é importante refletir sobre qual, atualmente, é o papel do idoso em nossa família e em nossa sociedade.

De fato, os relacionamentos familiares são importantes para todos em nossa sociedade. Em relação aos idosos, a maioria vive com os cônjuges ou outros parentes. Entretanto, 17,9% vivem sozinhos (67% mulheres) e a proximidade dos membros da família e o contato por telefone são especialmente importantes para eles, o que podemos chamar de intimidade à distância.

Evidências indicam uma ligação entre contato social, apoio e longevidade: a vasta maioria dos idosos que visitam seus amigos e família provavelmente vive mais tempo do que aqueles que raramente têm contato.

O envelhecimento é percebido em nossa sociedade na aposentadoria, na condição de avós, na viuvez e com a ocorrência de doenças. Isto requer apoio familiar, ajuste às perdas, reorientação e reorganização da família.

Muitos transtornos estão associados a dificuldades na adaptação familiar às transições e tarefas desse estágio da vida.

A saída de casa do último filho prepara o terreno para as relações familiares na segunda metade da vida:

- a redução estrutural da família;
- a síndrome do ninho vazio;
- os problemas conjugais ressurgem.

Geralmente, essa etapa coincide com a aposentadoria. Particularmente para os homens, a saída do trabalho representa uma perda de papel ou função, produtividade e relacionamentos significativos que foram centrais por toda a vida adulta.

As mulheres que trabalham terão menos dificuldade com sua própria aposentadoria se mantiverem seus papéis como donas de casa. Já para os homens, a perda do papel de provedor familiar e uma provável redução nos rendimentos podem trazer um estresse adicional. A maior tarefa dos casais com a aposentadoria do marido é a incorporação deste dentro de casa.

Sentimentos como sensação de abandono, a inutilidade e medo de envelhecer começam a aparecer. Por isso, os profissionais da Atenção Básica devem levar em conta as dificuldades de cada casal, auxiliá-los a se redescobrirem como companheiros e a reencontrarem seus papéis na família. O interesse e os cuidados mútuos devem ser valorizados no relacionamento conjugal, assim como a intimidade sexual, que continua para muitos em anos avançados.

Da mesma forma, a divisão de papéis no cuidado da casa ou as atividades voluntárias na sociedade podem trazer um novo objetivo à vida dos aposentados, tornando a entrada nessa nova etapa mais prazerosa.

A terceira idade é marcada também por perdas, como a viuvez, por exemplo. As mulheres vivem em média oito anos a mais que os homens. O sentimento de perda, a desorientação e a solidão contribuem para um aumento nos índices de morte e suicídio no primeiro ano.

Quando os homens ficam viúvos, os contatos sociais e familiares muitas vezes se rompem, pois normalmente é a mulher que une o marido à família e à comunidade. E, com isso, o sentimento de perda pode ser maior para eles.

No entanto, observa-se que o sofrimento tende a ser mais prolongado nas mulheres viúvas, visto que ainda, na maioria das vezes, possuem recursos financeiros limitados e têm menor probabilidade de encontrar novo parceiro. Ao contrário dos viúvos, que são em menor número e tendem a casar com mulheres mais jovens. Atualmente, esta realidade encontra-se em processo inicial de mudança.



Na Prática

Os profissionais da Atenção Básica devem orientar o(a) viúvo(a) a admitir a morte, transformando as experiências compartilhadas em lembranças. É importante encorajar as manifestações de tristeza e perda. Numa segunda fase, tipicamente após um ano, a atenção se volta para as demandas da realidade no funcionamento cotidiano e para o manejo da estrutura doméstica. Numa terceira fase, muda-se o interesse para novas atividades e pelos outros.

Outro problema é o medo da perda do funcionamento físico e mental, de uma doença crônica dolorosa e de uma condição progressivamente degenerativa, preocupações comuns, mesmo que grande parte dos idosos mantenha uma boa saúde. A dependência requer uma aceitação realista das forças e limitações por parte do idoso, e a capacidade de permitir-se ser dependente quando necessário sem, contudo, ver seus filhos invertendo seus papéis e tornando-se seus pais.

Por outro lado, deve-se alertar também para a relação de dependência excessiva. Em situações em que os filhos, em virtude de sua própria ansiedade, tornam-se excessivamente responsáveis, criando um círculo vicioso em que, quanto mais eles fazem pelo progenitor, mais desamparado ou incompetente este se torna, com crescentes necessidades, encargos e ressentimentos.

O médico, assim como os demais profissionais de saúde, pode reduzir o impacto familiar decorrente das doenças crônicas, informando sobre a condição clínica, a

capacidade e as limitações funcionais e o prognóstico do indivíduo. Lembre-se de que a orientação concreta em relação à manutenção e solução de problemas pode dar mais segurança aos sujeitos e a suas famílias. Além disso, a vinculação a serviços suplementares de apoio somam-se aos esforços da família em manter os idosos na comunidade, reduzindo o estresse do cuidador.



Leitura Complementar

Consulte o artigo da Dra. Roberta Pappen da Silva para aprofundar seus conhecimentos sobre aspectos jurídicos e o estatuto do idoso: SILVA, R. P. da. Estatuto do idoso: em direção a uma sociedade para todas as idades? **Jus Navigandi**. Disponível em: <<http://www1.jus.com.br/doutrina/texto.asp?id=7723>>.

2.3 A entrevista

O conhecimento amplo e as visões complementares de múltiplos profissionais são elementos essenciais para as corretas intervenções no processo de saúde-doença dos idosos. Nessa parte do conteúdo, serão apresentados instrumentos para a inserção e aperfeiçoamento do médico da atenção básica no que toca o universo da saúde do idoso.

Antes de iniciar o atendimento a uma pessoa idosa, lembre-se de alguns aspectos:

- Estabelecer uma relação respeitosa, considerando que, com a experiência de toda uma vida, as pessoas tornam-se, em geral, mais sábias, desenvolvem maior senso de dignidade e prudência e esperam ser reconhecidas por isso.
- Partir do pressuposto de que o idoso é capaz de compreender as perguntas que lhe são feitas ou as orientações discutidas com ele, nunca se dirigindo primeiramente a seu acompanhante. Ao final pergunte se entendeu bem a explicação, se houve alguma dúvida e repita com outras palavras, se necessário.
- Chamar a pessoa idosa por seu nome e manter contato visual, preferencialmente de frente e em local iluminado (não fique contra a luz), considerando um possível declínio visual ou auditivo, sem utilizar termos inapropriados como *vovô*, *querido* ou termos diminutivos (*bonitinho*, *lindinho* etc.).
- Utilizar uma linguagem clara, evitando-se a adoção de termos técnicos que possam não ser compreendidos, preferindo sempre frases curtas e objetivas.
- Mulheres médicas, enfermeiras e outras profissionais de saúde, na hora da entrevista, devem utilizar um tom de voz o mais grave possível, pois é comum a presença de presbiacusia entre os idosos, que é a perda da acuidade auditiva para tons agudos dificultando a comunicação.

Uma abordagem preventiva e uma intervenção precoce são sempre preferíveis às intervenções curativas tardias. Para tanto, deve-se utilizar instrumentos técnicos já validados, como a avaliação global da pessoa idosa ou a avaliação multidimensional rápida. Esta abordagem visa identificar possíveis riscos apresentados pelo idoso, que requerem maior investigação. A avaliação do idoso sempre deve objetivar:

- redução da mortalidade prematura causada por doenças agudas ou crônicas;
- manutenção da independência funcional;
- extensão da expectativa de vida ativa.

O processo diagnóstico na Atenção Básica à saúde do idoso deve ser multidimensional considerando diferentes fatores, tais como:

- o ambiente onde a pessoa vive;
- a relação profissional da saúde-sujeito e profissional de saúde-famíliares;
- a história clínica com seus aspectos biológicos, psíquicos, funcionais e sociais;
- o exame físico detalhado.

O planejamento terapêutico longitudinal com acesso facilitado é essencial.

A equipe de Atenção Básica deve dar ênfase em detectar os idosos de risco em sua comunidade. Segundo a Organização Mundial da Saúde, os idosos em situação de risco são:

- os acima de 80 anos ou mais;
- os que vivem sozinhos;
- as mulheres idosas viúvas ou solteiras;
- os que vivem em instituições de longa permanência;
- os socialmente isolados;
- os sem filhos;
- os que têm limitações sérias ou disfunções;
- os casais de idosos quando um deles é incapacitado ou está muito doente;
- os que contam com poucos recursos econômicos.



Link

Você poderá complementar seus conhecimentos com a seguinte leitura:
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Suporte familiar e social. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa.** Cadernos de Atenção Básica, n. 19. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd19.pdf>.

Agora, convidamos para uma reflexão, contextualizando um exemplo que poderia acontecer na prática. Em uma visita domiciliar, o agente comunitário de saúde conhece um novo morador que veio residir na sua área de atuação. Sr João é idoso e mora com um filho que fica durante todo o dia fora de casa, pois trabalha em uma fábrica no município vizinho. Este idoso tem bastante dificuldade para se locomover e para realizar suas atividades diárias. O agente de saúde discute o caso na reunião da equipe de saúde, com a preocupação de que este idoso fique sozinho em casa, não conseguindo se alimentar e realizar outras ações de autocuidado.

Na sua realidade existem situações semelhantes? Como a equipe de saúde pode interferir nesta situação? Como planejar ações que visem minimizar os problemas decorrentes desta situação? Como os profissionais do NASF podem apoiar a sua equipe de referência na Estratégia Saúde da Família? Reflita acerca de situações como esta, com elementos do cotidiano, e discuta com seus colegas.

SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade, estudamos os aspectos envolvidos no processo de envelhecimento, fundamentais para a atenção integral à saúde do idoso, uma vez que nessa faixa etária existem particularidades que influenciarão as decisões, desde ações clínicas, passando pela abordagem integral na avaliação do idoso, incluindo os aspectos sociais, até a prescrição de medicamentos. Tal percepção fundamenta nossa prática e auxilia-nos a prever eventos danosos, indicando-nos os caminhos para evitá-los.

REFERÊNCIAS

FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

MORIGUCHI, Y.; MORIGUCHI, E. H. **Biologia geriátrica ilustrada**. São Paulo: Fundo Editorial BYK, 1988.

OPAS (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE). **Enfermagem Gerontológica: conceitos para a prática**. Série Paltext n. 31. Washington: OPAS, 1993.

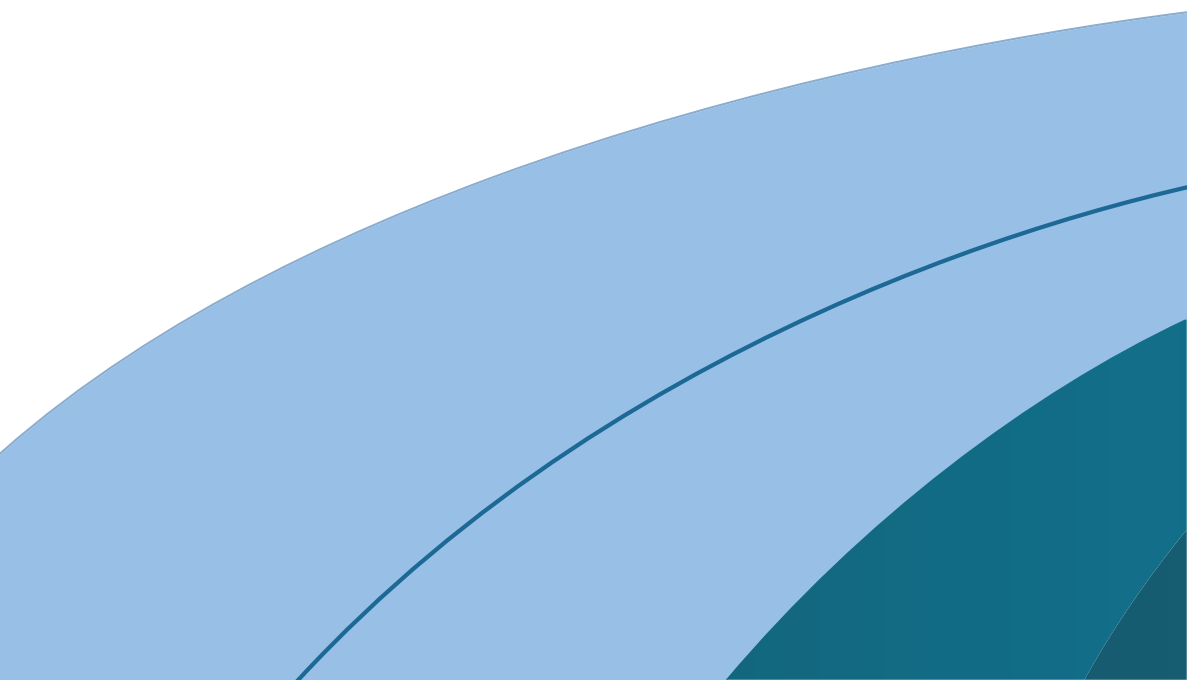
PORTAL BRASIL. **População idosa no Brasil cresce e diminui número de jovens, revela Censo**. 29 abr. 2011. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/ciencia-e-tecnologia/2011/04/populacao-idosa-no-brasil-cresce-e-diminui-numero-de-jovens-revela-censo>>. Acesso em: 11 mar. 2016.

RESNICK, N. M. Geriatric medicine. In: BRUNWALD, E. et al. **Harrison's principles of internal medicine**. New York: Mc Graw Hill, 2001.

SIRENA, S. A.; MORIGUCHI, E. H. Promoção e manutenção da saúde do idoso. In: DUNCAN, B. B. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

WALSH, F. A família no estágio tardio da vida. In: CARTER, B.; MCGOLDRICK, M. **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar**. Porto Alegre: Artmed, 1995.

Unidade 3



3 AÇÕES DA CLÍNICA E DO CUIDADO NOS PRINCIPAIS AGRAVOS À SAÚDE DO IDOSO

Esta unidade tem foco em ações de prevenção e educação em saúde. Para tanto, será apresentada uma série de agravos já conhecidos da clínica médica, mas com o olhar voltado para o idoso.

3.1 Alimentação e nutrição

A identificação da alimentação insuficiente, pobre ou até mesmo da desnutrição em idosos é possível por meio de um método simples, de baixo custo e com boa predição para doenças futuras, mortalidade e incapacidade funcional, podendo ser usada como triagem inicial, tanto para o diagnóstico quanto para o monitoramento de doenças.

A população idosa é particularmente propensa a alterações nutricionais devido a fatores relacionados a modificações fisiológicas e sociais, ocorrência de doenças crônicas, uso de diversas medicações, dificuldades com a alimentação, depressão e alterações da mobilidade com dependência funcional.

Recomenda-se avaliação antropométrica semestral com cálculo do índice de massa corpórea (IMC). Os pontos de corte nos idosos diferem da população adulta geral em virtude das alterações estruturais próprias da idade, conforme pode ser observado no quadro a seguir. Outra opção é considerar as perdas em relação ao peso basal do indivíduo maiores de 5% em um mês ou 10% em seis meses, que pode ser um indicador de doença grave.

IMC	DIAGNÓSTICO
≤ 22	Baixo peso
22 - 27	Adequado ou eutrófico
≥ 27	Sobrepeso

Quadro 2 – Pontos de corte do IMC estabelecidos para idosos
Fonte: WHO, 1997.

A circunferência da panturrilha esquerda realizada para compor o teste **MAN**³, de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), com o ponto de corte de 31 cm, é a medida mais sensível da massa muscular de idosos, sobretudo para acamados.

Ao procurarmos as causas do distúrbio nutricional no idoso, devemos considerar:

- a autonomia para a compra dos alimentos;
- a capacidade de preparar seu próprio alimento;
- a perda do apetite e a redução da sensação de sede e da percepção da temperatura dos alimentos;
- a existência de distúrbio visual que prejudique o preparo e o consumo dos alimentos;
- a perda ou redução do olfato;
- as dietas;
- as alterações recentes no peso;
- a existência de lesão oral, uso de prótese ou problemas digestórios que dificultem a ingestão.

A miniavaliação nutricional permite classificar idosos em três grupos:

- estado nutricional adequado - $MNA \geq 24$;
- risco de desnutrição – MNA entre 17 e 23,5;
- desnutrição < 17 .

Acompanhe, a seguir, o protocolo 12, uma miniavaliação nutricional.

3 O inquérito Mini Avaliação Nutricional (MAN) vem sendo utilizado como método não invasivo, fidedigno e de baixo custo para a avaliação de risco nutricional no idoso. Até o momento não existe consenso quanto ao melhor instrumento de avaliação nutricional do idoso, o que requer a análise conjunta de diversas medidas (antropométricas, dietéticas e bioquímicas) para alcançar um diagnóstico.

I. AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA

1. Índice de Massa Corporal (Kg/m²)
0 = IMC < 19
1 = 19 ≤ IMC < 21
2 = 21 ≤ IMC < 23
3 = IMC ≥ 23
2. Perímetro Braquial – PB (cm)
0,0 = PB < 21
0,5 = 21 ≤ PB ≤ 22
1,0 = PB > 22
3. Perímetro da panturrilha – PP (cm)
0 = PP < 31 1 = PP ≥ 31
4. Perda de peso durante os últimos três meses
0 = perda de peso > 3 kg
1 = não sabe informar
2 = perda de peso entre 1 e 3 kg
3 = sem perda de peso

II. AVALIAÇÃO GLOBAL

5. O paciente mora em sua casa (e não em instituição)
0 = sim 1 = não
6. Utilização de mais que três drogas prescritas por dia
0 = sim 1 = não
7. Estresse psicológico ou doença aguda nos últimos três meses
0 = sim 2 = não
8. Mobilidade
0 = restrição à cama ou cadeira
1 = ergue-se, mas não anda
2 = capaz de andar
9. Problema neurológico
0 = demência ou depressão severa
1 = demência média/mediana
2 = sem problemas psicológicos
10. Úlceras de pele ou de pressão
0 = sim 1 = não

III. AVALIAÇÃO DIETÉTICA

11. Ingestão de grandes refeições (almoço/jantar) por dia
0 = 1 refeição
1 = 2 refeições
2 = 3 refeições

12. Consumo de alimentos específicos
Ao menos uma porção de leite e/ou derivados por dia
Duas ou mais porções de ovos por semana
Carne, peixe ou frango diariamente
0,0 = se 0 ou 1 resposta positiva
0,5 = se 2 respostas positivas
1,0 = se 3 respostas positivas
13. Consumo de duas ou mais porções de frutas e hortaliças por dia.
0 = não 1 = sim
14. Declínio da ingestão de alimentos nos últimos três meses, devido à perda de apetite, problemas digestivos, dificuldades em mastigar ou engolir.
0 = grave perda de apetite
1 = moderada perda de apetite
2 = sem perda de apetite
15. Ingestão de líquidos – água, suco, café, chás, leite, vinho, cerveja (xícara ou copos) por dia.
0,0 = menos que 3
0,5 = 3 a 5
1,0 = mais que 5
16. Forma de alimentação
0 = necessidade de assistência
1 = alimenta-se sem assistência, porém com alguma dificuldade
2 = alimenta-se sem nenhum problema

IV. AVALIAÇÃO SUBJETIVA

17. O paciente considera ter algum problema nutricional?
0 = desnutrição grave
1 = não sabe ou desnutrição moderada
2 = sem problema nutricional
18. Em comparação com outras pessoas da mesma idade, como o paciente considera seu estado de saúde?
0,0 = não tão boa 0,5 = não sabe
1,0 = igual 2,0 = melhor

SCORE

- > 24 – Estado Nutricional adequado
17 e 23,5 – Risco de desnutrição
< 17 – Desnutrição

Para Marchini (1998) existem causas para a desnutrição no idoso. Confira a seguir as principais, segundo este autor.

1. Secundárias ao envelhecimento:

- Gastrite atrófica, hipocloridria e diminuição do fator intrínseco, que pode ocorrer em 20% dos casos, resultando em má absorção de cálcio, vitamina B12, e ferro.
- Fibrose e atrofia das glândulas salivares.
- Perda de dentes.
- Diminuição da atividade da lactase e outras dissacaridases.
- Atrofia de papilas gustatórias.
- Menor responsividade a opioides (dimorfina) e outros neuropeptídeos, podendo resultar em anorexia da idade.
- Diminuição da sensibilidade de receptores associados ao controle da sede e, consequentemente, menor ingestão de água, hipodipsia e desidratação.
- Diminuição da capacidade cutânea de produção de vitamina D.
- Diminuição da absorção de fontes de ferro não-heme e da eritropoiese, resultando em anemia.
- Diminuição da absorção de micronutrientes, em especial do zinco e do cobre.

2. Alterações socioeconômicas:

- Menor rendimento econômico que, consequentemente, pode limitar a aquisição de fontes de nutrientes adequados.
- Isolamento, que pode desencorajar a ingestão de alimentos.
- Morte de entes queridos, o que pode favorecer aparecimento de anorexia.

3. Doenças e outros fatores relacionados:

- Piora da capacidade funcional em geral, o que pode causar dificuldades na aquisição, estocagem, preparação e consumo de alimentos.
- Depressão associada à anorexia.
- Deterioração da função cognitiva, o que resulta em incapacidade para obter alimento, esquecimento ou incapacidade de se alimentar.
- Hospitalização prolongada, recebendo oferta energética inferior às necessidades.
- Doenças gastrointestinais associadas à menor digestão e absorção de alimentos.
- Alcoolismo causando, entre outras, deficiência de tiamina, folato e magnésio.

- *Diabetes mellitus*, causando má nutrição secundária a gastroparesia, incontinência fecal e ingestão pobre de nutrientes.
- Caquexia cardíaca e a perda de minerais pelo uso indiscriminado de diuréticos.
- Neoplasias.

4. Interação droga-nutrientes (alguns exemplos):

- Drogas podem alterar o apetite, a absorção, o metabolismo, a utilização e a excreção de nutrientes.
- Minerais podem competir entre si, durante o processo absorptivo, como, por exemplo, zinco e ferro.
- Anticoagulantes e antibióticos podem induzir à deficiência de vitamina K.
- Resinas ligadoras de colesterol ou óleo mineral podem induzir à má absorção de vitaminas A, D, E e K.
- Antiácidos podem alterar a absorção de ferro, cálcio e vitamina B12.
- Trimetoprim, dilantim, barbitúricos, colestiramina e álcool podem resultar em deficiência de folato.
- As necessidades de piridoxina estão aumentadas com o uso de isoniazida e hidralazina.
- Deficiência de vitamina B12 pode estar associada com o uso de álcool, neomicina, colchicina, colestiramina e clindamicina.
- Dietas hiperproteicas podem diminuir a atividade de agentes dopaminérgicos utilizados no tratamento da doença de Parkinson.
- Uso de dilantim pode dificultar a hidroxilação hepática de vitamina D.

Além das avaliações apresentadas nesta etapa, é importante lembrar os exames bioquímicos mais comumente utilizados para a avaliação nutricional do idoso são: albumina, transferrina, hematócrito, hemoglobina, contagem total de linfócitos, colesterol total e frações. Outros exames poderão ser necessários para uma avaliação mais aprofundada. Lembre-se de solicitar apoio dos profissionais do NASF para realizar uma avaliação ampliada e integral.



Leitura Complementar

Saiba mais informações sobre estado nutricional e idosos acesse:

SOUSA, V. M. C; Guariento, M. E. Avaliação do idoso desnutrido. **Rev Brasileira de Clínica Médica**, v.7. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2009/v7n1/a46-49.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2016.

3.2 Osteoporose

A osteoporose é uma enfermidade crônica, multifatorial e sistêmica que resulta em reduzida massa óssea e perda da microarquitetura mineral, levando à fragilidade mecânica e, conseqüente, à predisposição a fraturas com trauma mínimo, muitas vezes, causando a incapacidade, o que demonstra a importância da identificação de fatores de risco e prevenção desta enfermidade.

Classificação:

- **Primária:** pós-menopausa e senil, responsável por 80% dos casos;
- **Secundária:** relacionada a outras doenças e fatores (como, por exemplo, doença renal), responsável apenas por 20% dos casos de osteoporose.

A osteoporose pós-menopausa é de importância crescente, tendo em vista o aumento da expectativa de vida populacional, que no Brasil é de aproximadamente 78 anos para as mulheres. Dados epidemiológicos estimam que a osteoporose acomete cerca de 20% das brasileiras com mais de 50 anos e que a proporção de mulheres com osteoporose entre 50 e 59 anos é de 15%, elevando-se para 70% nas mulheres com mais de 80 anos.

Considerando-se que para a prevenção há a necessidade do diagnóstico precoce, este inicia-se com a história de familiares (história de fratura por pequenos traumas, a partir dos 40 anos) e com o questionamento detalhado de todos os fatores de risco (ver o quadro a seguir) e, se necessário, pela realização de densitometria óssea, que quantificará a perda de massa óssea.

FATORES DE RISCO PARA OSTEOPOROSE
FATORES MAIORES
Sexo feminino; Raça asiática ou europeia; Idade avançada; História da mãe com fratura de fêmur ou osteoporose; Menopausa precoce; Tratamento com corticoides ou outras drogas que induzem a perda da massa óssea.
FATORES MENORES
Parada da menstruação em idade jovem; Perda de peso exagerada; Tabagismo; Alcoolismo; Sedentarismo; Imobilização prolongada; Dieta pobre em cálcio.

Quadro 3 – Fatores de risco que quantificam a perda de massa óssea
Fonte: BRASIL, 2014.

Após o conhecer o estado clínico atual, devemos iniciar o tratamento com medidas preventivas – correção de fatores de risco e medicamentoso, se necessário. Dentre os fatores de risco destacam-se os potencialmente modificáveis:

- deficiência de estrogênio;
- perda de peso exagerada;
- tabagismo;
- alcoolismo;
- sedentarismo;
- dieta pobre em cálcio.

A deficiência de estrogênio causada pela menopausa é considerada um dos principais fatores de risco para a osteoporose em mulheres. Porém, a terapia de reposição hormonal não é isenta de riscos (câncer de mama e endométrio, por exemplo) e nem todas as mulheres necessitam de reposição. Portanto, a escolha desta terapêutica deve ser cautelosa e individual.

Deve-se evitar o baixo peso corporal e a perda de peso excessiva, pois indivíduos com maior peso corporal apresentam maior Densidade Mineral Óssea (DMO). O peso corporal interage com hormônios gonadais na manutenção da massa óssea, protegendo contra os efeitos adversos da deficiência estrogênica sobre o esqueleto.

Orienta a pessoa a mudar hábitos de vida potencialmente lesivos para a estrutura óssea como o tabagismo, o alcoolismo e o sedentarismo. Deve-se aconselhar a prática de exercícios com carga – marcha por 30 minutos, três vezes por semana.

Quanto aos fatores nutricionais, deve-se analisar primeiramente se a ingestão de cálcio está sendo suficiente. A seguir, exibimos sugestões de alimentos ricos em cálcio. Acompanhe.

SUPLEMENTO DE CÁLCIO EXISTENTE NOS ALIMENTOS	
Leite desnatado (240g)	302mg
Leite integral (240g)	290mg
Bebida láctea (240g)	300mg
Iogurte desnatado (240g)	452mg
Ricota semidesnatada (½ copo)	337mg
Mussarela semidesnatada (½ copo)	183mg
Queijo cheddar (30g)	176mg
Queijo parmesão (30g)	212mg
Requeijão desnatado (1 copo)	138mg
Sorvete de baunilha (1 copo)	176mg
Tofu - queijo de soja (30g)	258mg
Arroz fortificado cozido (1 copo)	300mg
Ervilha cozida (1 copo)	168mg
Brócolis cozido no vapor (½ copo)	89mg
Couve em lata (½ copo)	150mg
Leite de soja fortificado (1 copo)	300mg

Quadro 4 – Alimentos ricos em cálcio

Todas as mulheres serão beneficiadas com uma dieta rica em cálcio ou da suplementação nos casos de baixa ingestão ou déficit de absorção, uma vez que este é um nutriente essencial para a manutenção da saúde em geral e, em particular, para a manutenção do tecido ósseo. A dose recomendada para indivíduos adultos é de 1000 mg a 1500 mg por dia na forma de suplementação ou dieta. Caso a dieta não atinja de 400 mg a 1000 mg de cálcio diário, deve-se prescrever suplementação.

Apesar de as evidências mostrarem que a eficácia do uso de cálcio associado à vitamina D é modesta, uma revisão sistemática em mulheres com osteoporose induzida por corticoide sugeriu que tal terapêutica deve ser considerada por ser uma combinação relativamente inócua. A vitamina D pode ser administrada na dose de 400-800 UI/dia via oral, especialmente em mulheres acima de 65 anos ou com osteoporose estabelecida.

A vitamina D também é fundamental para manter um esqueleto de qualidade. A vitamina D é obtida com a alimentação e sua síntese é feita na pele necessitando exposição à radiação solar. A forma ativa da vitamina D estimula a reabsorção óssea e a absorção intestinal de cálcio, conduzindo a um incremento da concentração de cálcio sérico.

Foi evidenciada a efetividade da prática regular de exercícios para prevenção e tratamento da osteoporose na mulher. Especificamente os exercícios aeróbicos demonstram manutenção da massa óssea de mulheres na pós-menopausa tanto na coluna vertebral como no quadril.

Em pessoas com osteoporose estabelecida, deve-se evitar exercícios de alto impacto pelos riscos de fraturas que podem acarretar. Além dos efeitos benéficos sobre o tecido ósseo, a prática regular de exercícios melhora o equilíbrio, a elasticidade e a força muscular, que em conjunto diminuem os riscos de quedas e, consequentemente, de fraturas. Recomendam-se caminhadas de 30 a 45 minutos, três a quatro vezes por semana, preferencialmente à luz do dia.

Após a revisão dos fatores de risco que podem alterar o curso da doença, o indivíduo deve ser aconselhado a implantar medidas visando a prevenção de quedas com possibilidade de fraturas. Estas medidas são:

- boa iluminação;
- piso antiderrapante;
- locais adequados para utensílios domésticos;
- corrimãos instalados corretamente.

Estratégias de prevenção efetivas devem ser implementadas para minimizar as consequências físicas, sociais e econômicas da osteoporose. São procedimentos para minimizar a progressão da osteoporose:

- analisar possível terapia de reposição hormonal;
- orientar quanto à manutenção do peso corporal adequado;
- estimular a cessação do tabagismo e do alcoolismo;
- estimular a prática de exercícios;
- estimular a ingestão adequada de cálcio e vitamina D.



Link

Saiba mais sobre a osteoporose, acesse:

DE SOUZA, M. P. G. Diagnóstico e tratamento da osteoporose. **Revista Brasileira de Ortopedia**, v. 45, n. 3, p. 220-9, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbort/v45n3/v45n3a02>>

3.3 Avaliação de quedas

Quando se trata de quedas, as ocorridas com idosos estão associadas a elevados índices de morbimortalidade, redução de capacidade funcional e institucionalização precoce. A cada ano, cerca de 30% da população idosa sofre ao menos uma queda. Dentre esses idosos que sofrem queda, 2,5% requerem hospitalização e, dos hospitalizados, apenas metade sobrevive após um ano.

Todo idoso deve ser questionado a cada consulta sobre quedas no período (ideal nos últimos seis meses) para então evoluir na pesquisa e investigação de suas causas. Entre as principais estão relacionadas a:

- o ambiente;
- fraqueza/distúrbios de equilíbrio e marcha;
- tontura/vertigem;
- alterações posturais/hipotensão ortostática;
- lesão no Sistema Nervoso Central (SNC);
- síncope;
- redução da visão.

A maior parte das quedas ditas acidentais, na verdade, não o são, pois poderiam ser evitadas, e ocorrem dentro de casa ou em seus arredores, geralmente durante o desempenho de atividades cotidianas como caminhar, mudar de posição ou ir ao banheiro. Cerca de 10% das quedas acontecem em escadas, sendo que descê-las apresenta maior risco que subi-las.

É importante que os membros da equipe de saúde estejam preparados para realizar orientações, particularmente durante as visitas domiciliares, sobre os riscos ambientais de queda identificados na casa do idoso. Alguns estão listados no quadro a seguir.

RISCOS DOMÉSTICOS PARA QUEDAS
Presença de tapetes pequenos e capachos em superfícies lisas;
Carpets soltos ou com dobras;
Bordas de tapetes, principalmente, dobradas;
Pisos escorregadios;
Cordas, cordões e fios no chão;
Cadeiras, cama e vaso sanitário muito baixos;
Objetos estocados em locais de difícil acesso;
Móveis fora do lugar, móveis baixos ou objetos deixados no chão;
Móveis instáveis ou deslizantes;
Degraus de escadas com altura ou largura irregulares e sem sinalização de término;
Escadas com piso muito desenhado dificultando a visualização dos degraus;
Chinelos, sapatos desamarrados, escorregadios ou mal ajustados;
Roupas compridas arrastando pelo chão;
Má iluminação;
Animais, entulho e lixo em locais inapropriados;
Escadas com iluminação frontal.

Quadro 5 – Riscos ambientais de queda identificados na casa dos idosos
Fonte: Casa segura, 2011.



Link

Mais riscos ambientais de queda podem ser consultados no site: CASA segura: uma arquitetura para a maturidade. Disponível em: <<http://www.casasegura.arq.br/>>. Acesso em: 27 mar. 2016.

Ao avaliar o idoso após uma queda, o profissional de saúde deve estar alerta a fatores que podem agravar o trauma como:

- ausência de reflexos de proteção;
- osteoporose;
- desnutrição;
- idade avançada;
- resistência e rigidez da superfície sobre a qual se cai;
- dificuldade para levantar após a queda.

Quando necessário, encaminhar para a avaliação de traumas mais graves e, assim que possível, realizar modificações necessárias à prevenção de quedas futuras:

- adaptação do ambiente;
- orientação para autocuidado;

- utilização de dispositivos de auxílio à marcha;
- utilização criteriosa de medicamentos.

Queda sentinela: segundo o Projeto Diretrizes do Conselho Federal de Medicina, a queda pode ser considerada um evento sentinela na vida de uma pessoa idosa, um marcador potencial do início de um importante declínio da função ou um sintoma de uma morbidade nova.



Link

ANTES, D. L.; d'ORSI, E.; BENEDETTI, T. R. B. Circunstâncias e consequências das quedas em idosos de Florianópolis. EpiFloripa Idoso 2009. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 16, n. 2, p. 469-481, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v16n2/1415-790X-rbepid-16-02-00469.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2016.

3.3.1 Avaliação de Mobilidade

A grande propensão da pessoa idosa à instabilidade postural e à alteração da marcha aumenta o risco de quedas e, por esta razão, equilíbrio e marcha devem ser sempre avaliados.

Pode-se iniciar avaliando a função dos membros inferiores pelo teste *get up and go*, que consiste em solicitar ao indivíduo que se levante de uma cadeira, sem utilizar apoio, caminhe por três metros, retorne e sente-se novamente. Lentidão excessiva, hesitação, excessiva oscilação do tronco, necessidade de apoio ou tropeço indicam disfunção de marcha ou equilíbrio. Nesse caso, está indicada avaliação neurológica completa e atenção para a amplitude e presença de dor aos movimentos.



Na Prática

Converse com o fisioterapeuta do NASF, juntos vocês podem avaliar a pessoa idosa e planejar as ações de saúde.

Agora, vamos acompanhar informações importantes sobre a avaliação dos membros superiores e a avaliação da função distal. Acompanhe.

Avalia-se a função de membros superiores em duas etapas: proximal e distal. A avaliação da função proximal consiste em solicitar a pessoa que posicione ambas as mãos na parte posterior do pescoço, observando-se a presença de dor ou limitação durante a execução do teste. Se é capaz de realizar o movimento completo, provavelmente tem uma adequada função proximal dos membros superiores.

A avaliação da função distal consiste em solicitar que pegue um objeto pequeno em movimento de pinça do 1º. e 2º. dedos de cada mão. Este movimento é essencial na manutenção da capacidade de vestir-se, banhar-se e comer. Sugere que o indivíduo tem a capacidade de escrever e manipular utensílios, sem disfunção distal dos membros superiores.

O equilíbrio pode ser avaliado pela Escala de Tinetti, em que pontuações menores indicam problemas, menores de 19 indica risco cinco vezes maior de quedas. Escores muito baixos revelam necessidade de avaliação fisioterápica e/ou início de programa de reabilitação.



Ambiente virtual

Veja no material complementar deste módulo a Escala de Tinetti.

3.4 Avaliação da Visão

Cerca de 90% das pessoas idosas necessitam de lentes corretivas para enxergar adequadamente. Pergunte ao idoso se sente dificuldade ao ler, assistir televisão, dirigir ou para executar qualquer outra atividade da vida cotidiana. Aqueles que responderem positivamente devem ser avaliados como uso do cartão de Jaeger, quando disponível, ou encaminhados para avaliação oftalmológica.



Ambiente virtual

Veja no ambiente virtual deste módulo o cartão de Jaeger.

O cartão deve ser colocado a uma distância de 35cm da pessoa e lentes corretivas devem ser utilizadas, se forem de uso habitual. Aqueles que lerem até o nível de 20/40, serão considerados sem disfunção.

3.5 Avaliação auditiva

Muitas vezes, o idoso não percebe a perda ou considera normal sua condição visual para a sua idade, podendo não referi-la no momento do atendimento. Utiliza-se o teste do sussurro para triagem. Fora do campo visual do idoso, a uma distância de aproximadamente 33 cm, sussurra-se em cada ouvido uma questão breve e simples, como, por exemplo, “qual o seu nome?”. Se o idoso não responder, deve-se examinar o conduto auditivo para afastar a possibilidade de cerume e se, necessário, encaminhar para avaliação de acuidade auditiva com audiometria. Lembre-se de discutir o caso com o fonoaudiólogo do NASF.

3.6 Avaliação da capacidade funcional

Avaliar a capacidade funcional de uma pessoa significa medir a capacidade dela de desempenhar as atividades necessárias para cuidar de si mesma. Didaticamente, as atividades são divididas em Atividades da Vida Diária (AVD) – relacionadas ao autocuidado – e Atividades da Vida Diária Instrumentalizadas (AVDI) – relacionadas à participação do idoso em seu entorno social. Veja as especificações de cada uma delas no quadro a seguir.

AVD	AVDI
Alimentar-se; Banhar-se; Vestir-se; Mobilizar-se; Deambular; Ir ao banheiro; Manter controle sobre suas necessidades fisiológicas.	Utilizar meios de transporte; Manipular medicamentos; Realizar compras; Realizar tarefas domésticas leves e pesadas; Utilizar o telefone; Preparar refeições; Cuidar das próprias finanças.

Quadro 6 – Relação de atividades da vida diária e atividades da vida diária instrumentalizada
Fonte: Adaptado de Brasil, 2006.

A avaliação deve ser feita mediante da Escala de Katz, que avalia a independência funcional das pessoas idosas no desempenho das AVD através de um questionário padrão. Conforme o número de respostas afirmativas, classifica-se em independente (6 pontos), com déficit moderado (4 pontos) e com déficit severo (2 pontos). Confira a seguir.

(AVD, KATZ, 1970) 5 ATIVIDADE	INDEPENDENTE	SIM	NÃO
a) Banho		Não recebe ajuda ou somente recebe ajuda para uma parte do corpo.	
b) Vestir-se		Pega as roupas e se veste sem qualquer ajuda, exceto para amarrar os sapatos.	
c) Higiene Pessoal		Vai ao banheiro, usa o banheiro, veste-se e retorna sem qualquer ajuda (pode usar andador ou bengala).	
d) Transferência		Consegue deitar na cama, sentar na cadeira e levantar sem ajuda (pode usar andador ou bengala).	
f) Continência		Controla completamente urina e fezes	
g) Alimentação		Come sem ajuda (exceto para cortar carne ou passar manteiga no pão).	

Quadro 7 – Avaliação funcional: escala de Katz
Fonte: Katz, 1970.

As AVDI são avaliadas pela Escala de Lawton, também por meio de um questionário, que ajuda a identificar os idosos que necessitam de projeto terapêutico com um acompanhante.



Ambiente virtual

Veja no ambiente virtual a Escala de Lawton.

Quando se avalia a funcionalidade da pessoa idosa, é necessário diferenciar desempenho e capacidade funcional:

- desempenho funcional avalia o que o idoso realmente faz no seu dia a dia;
- capacidade funcional avalia o potencial que a pessoa idosa tem para realizar a atividade, ou seja, sua capacidade remanescente, que pode ou não ser utilizada.

É muito comum em nosso meio encontrarmos idosos que têm capacidade funcional para desenvolver uma tarefa e, todavia, são impedidos de desempenhá-la por seus familiares com receio de acidentes.

A incapacidade de um indivíduo idoso é um processo que se desenvolve ao longo do tempo, influenciado por fatores demográficos, sociais, psicológicos, ambientais, estilo de vida, comportamentos e características biológicas dos indivíduos.

O estado de incapacidade pode ser temporário ou permanente e os casos reversíveis devem ser identificados precocemente para que as intervenções necessárias sejam realizadas. Medidas de reabilitação, terapia medicamentosa e modificações do ambiente físico-social, mudanças no comportamento e estilo de vida, atributos psicossociais, adaptação às atividades e a presença de suporte extra podem reduzir as dificuldades.

No relacionamento familiar, o profissional da equipe deve orientar a família que a incapacidade de um idoso não significa necessariamente perda de sua autonomia. Um indivíduo pode depender do auxílio de outra pessoa para realizar as atividades cotidianas sem, no entanto, perder a capacidade de tomar decisões, preservando sua autonomia.

É responsabilidade da equipe de saúde detectar os idosos frágeis e em risco de desfechos clínicos adversos, conforme pode ser observado no quadro a seguir. A fragilidade é compreendida como uma síndrome clínica caracterizada pela diminuição da reserva energética e pela resistência reduzida pelos agentes. A presença de três ou mais sinais ou sintomas indica fragilidade e a detecção de um ou dois alerta a equipe para alto risco de desenvolver a síndrome.

SINAIS E SINTOMAS DE FRAGILIDADE NO IDOSO
SINTOMAS
Perda de peso não intencional; fadiga autorreferida; Diminuição da força de preensão; Baixo nível de atividade física; Diminuição da velocidade da marcha.
SINAIS
Sarcopenia; Osteopenia; Alterações de equilíbrio e marcha; Limitações funcionais; Descondicionamento físico; Má nutrição.

Quadro 8 – Sinais e sintomas de fragilidade no idoso
Fonte: Adaptado de Brasil, 2006.



Link

Para aprofundar seu conhecimento e obter outras informações sobre o assunto, acesse o conceito de Atividade Instrumentalizada da Vida Diária (AIVD) e sua importância na avaliação do idoso frágil e/ou portador de problemas cognitivos:

MARRA, T. A et al. Avaliação das atividades de vida diária de idosos com diferentes níveis de demência. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, São Carlos, v. 11, n. 4, jul./ago. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v11n4/a05v11n4.pdf>>.

3.7 Avaliação cognitiva

Ao envelhecer, a maioria das pessoas tem queixas frequentes de esquecimentos cotidianos. O desempenho físico e social do idoso depende da integridade de suas funções cognitivas. A perda de memória recente e a habilidade de cálculo são indicadores sensíveis de redução dessas funções. Considerando a baixa escolaridade de nossos idosos, recomenda-se a avaliação da perda de memória recente como mais adequada.

Para uma triagem rápida, o profissional de saúde pode solicitar à pessoa idosa que repita o nome dos objetos: mesa, maçã e dinheiro. Após três minutos, deve pedir que o idoso os fale novamente. Se o idoso for incapaz de repeti-los, há a necessidade de uma investigação mais aprofundada.



Link

Confira o instrumento para avaliar Comprometimento Cognitivo Leve - **Mild Cognitive Impairment** (versão em português): AVALIAÇÃO cognitiva Montreal (MoCA). Disponível em: <http://www.mocatest.org/wp-content/uploads/2015/tests-instructions/MoCA-Instructions-Portuguese_Brazil.pdf>. Acesso em: 28 mar. 2016.

Os testes mais utilizados para o rastreio de alterações cognitivas são o Miniexame do Estado Mental (FOLSTEIN et al., 1985) e o Teste do Relógio (SUNDERLAND et al., 1989). Veja, a seguir, como ambos podem ser realizados.

O Miniexame do Estado Mental é um teste neuropsicológico para a avaliação da função cognitiva. Apresenta uma lista de tarefas a serem solicitadas para que o indivíduo execute e, conforme o seu desempenho, dá-se a pontuação num total

de 30 pontos (BRUCKI et al, 2003). São sugeridos os seguintes pontos de corte: para analfabetos, 20; para idade de um a quatro anos de escolaridade, 25; de cinco a oito anos, 26,5; de nove a 11 anos, 28; para indivíduos com escolaridade superior a 11 anos, 29.



Link

Este exame está disponível na íntegra em BRASIL, 2006, (p. 138): **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Cadernos de Atenção Básica, n. 19. Acesse e confira: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf>.

O teste do relógio consiste no desenho do mostrador de um relógio analógico, pela pessoa, marcando uma hora predeterminada com os ponteiros. Esta avaliação verifica a habilidade visuoespacial ou praxia construtiva, que é a capacidade de desenhar ou construir a partir de um estímulo; no caso, um comando verbal. A pontuação é dada conforme segue: dez a seis pontos – a face, o círculo e os números do relógio estão no geral intactos; cinco a um pontos – desenho da face, do círculo e dos números do relógio não estão intactos; um ponto para o posicionamento correto dos números: 1,2,4,5,7,8,10 e 11, sendo correto aquele que estiver dentro da oitava que lhe corresponde; e um ponto para a posição correta dos ponteiros grande e pequeno.

Ambos os testes, quando associados, permitem-nos avaliar sumariamente o indivíduo com declínio cognitivo.

A demência é uma síndrome clínica decorrente de doença ou disfunção cerebral, de natureza crônica e progressiva, na qual ocorre perturbação de múltiplas funções cognitivas, incluindo a memória, a atenção e o aprendizado, o pensamento, a orientação, a compreensão, o cálculo, a linguagem e o julgamento. Ela produz um declínio apreciável no funcionamento intelectual que interfere com as atividades diárias.

O profissional de saúde deve estar atento às causas reversíveis de demência:

- uso de medicamentos (psicotrópicos e analgésicos narcóticos);
- metabólica (distúrbio hidroeletrólítico, desidratação, insuficiência renal ou hepática e hipoxemia);
- neurológica (hidrocefalia de pressão normal, tumor e hematoma subdural crônico);
- infecciosas (meningite crônica, AIDS, neurosífilis);

- colágeno-vascular (lúpus, arterite temporal, vasculite reumatóide, sarcoidose e púrpura trombocitopênica trombótica);
- endócrinas (doença tireoidiana, doença paratireoidiana, doença adrenal e doença da pituitária);
- nutricionais (deficiência de vitamina B12, ácido fólico, tiamina e niacina);
- alcoolismo crônico;
- outras (DPOC, ICC e apneia do sono).

Descartadas as causas reversíveis, deve-se investigar as causas irreversíveis tais como Alzheimer, demência vascular, demências mistas, demência dos corpos de Lewy e demências frontotemporais.



Link

Material didático e interativo sobre a Doença de Alzheimer:

ALZHEIMER'S ASSOCIATION. Dentro do cérebro: uma viagem interativa. Disponível em: <http://www.alz.org/brain_portuguese/01.asp>.

3.8 Avaliação de depressão

A depressão é e será uma das morbidades psiquiátricas mais incapacitantes entre idosos, conhecida em todas as culturas, afligindo uma parcela considerável da população. Ela acomete ambos os sexos e todas as etnias, aumenta sua prevalência com a idade e se constitui fator de maior prejuízo pessoal, funcional e social da atualidade.

Clinicamente, na depressão, há um sentimento de tristeza profunda, associado com sintomas fisiológicos e cognitivos.

O CID-10 e a *American Psychiatric Association* (DMS-IV) caracterizam a depressão como um conjunto de sintomas que causam alterações cognitivas, psicomotoras e vegetativas interferindo na vida do indivíduo. Essa realidade é ainda mais severa entre os idosos, tanto em termos de prevalência quanto da gravidade dos quadros.

A depressão no idoso é um distúrbio da área afetiva ou do humor e atualmente é considerada um grave problema, envolvendo a saúde pública devido a sua alta prevalência.



Link

Importância da depressão entre os idosos em termos de impacto na saúde pública: SNOWDON, J. Qual é a prevalência de depressão na terceira idade? **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 24, São Paulo, abr. 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-44462002000500009&lang=pt>.

No envelhecimento, pode-se encontrar uma série de perdas e limitações progressivas. É a fase da vida com maior frequência de fenômenos degenerativos e doenças físicas capazes de produzir sintomas depressivos. Fatores sociais como perda de entes queridos e diminuição do convívio social também atuam, facilitando o aparecimento deste transtorno. A prevalência mundial de depressão varia de 0,9% a 9,4% em idosos vivendo na comunidade e de 14% a 42% em **institucionalizados**⁴.

A depressão apresenta causas endógenas, que podem ser neurobiológicas e genéticas, e exógenas, relacionada a fatores psicossociais. Em muitos casos, os sintomas depressivos surgem da inter-relação de ambos os fatores.

4 Na língua portuguesa, institucionalização é o “ato ou efeito de institucionalizar”. *Institucionalizar*, por sua vez, é “dar o caráter de instituição, adquirir o caráter de instituição”; “dar forma institucional”. Assim, o idoso institucionalizado é aquele a quem se dá ou que adquire o caráter de instituição, que se transforma em instituição, o que, obviamente, não faz sentido. Já na língua inglesa, o verbo correspondente a institucionalizar *to institutionalize*, tem uma acepção a mais, a de colocar ou confiar alguém aos cuidados de uma instituição especializada. REZENDE, J. M. de. “Institucionalização” do idoso. In: REZENDE, J. M. de. **Linguagem Médica**, 3. ed., Goiânia: AB Editora e Distribuidora de Livros Ltda, 2004.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) apontou o transtorno depressivo, também denominado de depressão maior, depressão unipolar ou simplesmente depressão, como a quarta doença de maior impacto mundial quando comparada às demais doenças existentes atualmente no mundo.

A depressão consiste em um distúrbio de alteração de humor ou comportamento que persiste por no mínimo duas semanas. Sentimentos como tristeza, vazio, desesperança, desamparo, perda de interesses, alterações no apetite e peso, distúrbios no sono, falta de energia, falta de interesse sexual e pensamentos suicidas estão, entre outros sintomas, associados ao transtorno depressivo. Especialmente os idosos apresentam sintomatologia atípica cursando com declínio funcional e cognitivo, o que dificulta o rastreio e o diagnóstico precoce, principalmente pelo

médico não especialista e por parte daquele que realiza o atendimento primário de grande parcela da população idosa.

Os tratamentos requerem uma abordagem multiprofissional. A eficácia da farmacoterapia antidepressiva poderá ser ampliada quando, além do diagnóstico precoce, somam-se medidas que propiciem melhora no suporte social dos indivíduos afetados. Há também a dificuldade no diagnóstico diferencial e na adesão aos tratamentos, dificultando a melhora do quadro clínico. Neste sentido, é importante a discussão dos casos em equipe, contando com o apoio do psicólogo e/ou do assistente social do NASF.

De modo geral, a clínica da depressão nos idosos é mais variada e atípica que no adulto jovem. Os idosos apresentam frequentemente sintomas depressivos que nem sempre se ajustam aos requisitos necessários para categorias diagnósticas das classificações tradicionais (CID.10⁵ e DSM. IV⁶). Normalmente tais quadros são repletos de sintomatologia somática.

Durante a depressão, ocorrem alterações bioquímicas no cérebro, geradas por falhas no metabolismo da serotonina, um dos principais neurotransmissores responsáveis pela sensação de bem-estar e pelo equilíbrio do humor. Em alguns casos, a existência de predisposição genética atua como agravante de quadros clínicos de depressão.

Fatores psicossociais também atuam como precursores de surtos depressivos, particularmente em idosos, devido à elevada relação destes com o envelhecimento. Ao mesmo tempo, as consequências físico-motoras e mentais, a partir desses surtos acabam refletindo nas relações de convívio social e nas psicológicas.

5 A Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID-10) foi conceituada para padronizar e catalogar as doenças e problemas relacionados à saúde, tendo como referência a Nomenclatura Internacional de Doenças, estabelecida pela Organização Mundial de Saúde. Com base no compromisso assumido pelo Governo Brasileiro, a organização dos arquivos em meio magnético e sua implementação para disseminação eletrônica foi efetuada pelo DATASUS, possibilitando, assim, a implantação em todo o território nacional, nos registros de Morbidade Hospitalar e Ambulatorial, compatibilizando estes registros entre todos os sistemas que lidam com morbidade. Fonte: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0402>>.

6 O Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV) é um sistema diagnóstico e estatístico de classificação dos transtornos mentais, segundo o modelo categorial, destinado à prática clínica e à pesquisa em psiquiatria. É, portanto, um manual diagnóstico e estatístico, que foi adotado pela Associação American Psychiatric Association - APA e que se correlaciona com a Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10, da Organização Mundial da Saúde (OMS). Trata-se de um sistema classificatório multiaxial – publicado nos anos 90, organizado de maneira a agrupar 16 classes diagnósticas distintas, que recebem códigos numéricos específicos e se distribuem por cinco grandes eixos. Fonte: GOMES DE MATOS, E.; GOMES DE MATOS, T. M.; GOMES DE MATOS, G. M.. A importância e as limitações do uso do DSM-IV na prática clínica. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul, v. 27, n. 3, p. 312-318, 2005.

A depressão também pode ser classificada em depressão de início precoce, ocorrendo nas fases jovens e adultas, ou depressão tardia, que atinge pessoas com idade superior ou equivalente a 60 anos.

Mais especificamente no caso da depressão de início tardio, existe relação com alterações do sistema nervoso central, e observa-se a probabilidade de o indivíduo evoluir para o quadro de demência do tipo Alzheimer. Pessoas com alterações vasculares também podem desenvolver a depressão de início tardio. Nos casos de Acidente Vascular Cerebral e nas demências vasculares, a presença de depressão está consideravelmente aumentada.

A depressão e a doença física estão relacionadas e são de suma importância para o idoso, devido à redução das reservas funcionais, alterações no mecanismo de homeostase e alterações nos diversos sistemas orgânicos, além de grande número de doenças crônicas e do aumento do número dos medicamentos utilizados, que levam o idoso à situação de vulnerabilidade frente à depressão.

Pode-se observar que a depressão desencadeia ou mesmo agrava as doenças preexistentes e em geral é acompanhada de dores, mal-estar físico, sensação de fraqueza e cansaço, alterações do sono e do apetite.

A depressão pode causar diretamente a doença física. Há relação entre as alterações da imunidade e também se observa a depressão como fator de risco para as doenças cardiovasculares. Há ainda o fato de o idoso com depressão, ocasionalmente, não aceitar o tratamento e, não aderindo a este, acaba por cuidar-se menos, desde a higienização até a alimentação.

Em muitos casos, a depressão surge como secundária à doença física, por exemplo, causada pelo hipotireoidismo ou por carcinomas: por reação às consequências da própria doença física e suas limitações e/ou à dor causada por ela. Outra causa de depressão é o uso abusivo de álcool, benzodiazepínicos e drogas ilícitas, e nesses casos, independe da idade.

Os fatores psicossociais relacionados à depressão como o falecimento do cônjuge, o afastamento dos filhos, a diminuição de rendas, as limitações físicas, a aposentadoria e as modificações no contexto social podem afetar o idoso de diversas maneiras. Os fatores desencadeantes ou predisponentes dependem da idade, do tipo do evento, da personalidade e da história de vida de cada indivíduo.

A depressão não é inerente ao processo de envelhecimento e é uma doença que deve ser tratada. É a doença psiquiátrica mais comum que leva ao suicídio. Os idosos formam o grupo etário que, com mais frequência, se suicida e, muitas vezes, o fazem sem que o diagnóstico tenha sido estabelecido.

O profissional de saúde deve ficar atento a fatores de risco para o desenvolvimento de depressão como: isolamento, dificuldades nas relações pessoais, problemas de comunicação e conflitos com a família ou com outras pessoas, além das dificuldades econômicas e outros estressores da vida diária. O quadro é mais frequente nos anos que precedem à aposentadoria, diminui na década seguinte e, outra vez, sua prevalência aumenta após os 75 anos.

Cuidado especial deve ser dado a pessoas com antecedentes de depressão, doença incapacitante ou dolorosa, os que sofreram abandono ou maus-tratos, os institucionalizados e os em luto pela morte de parentes próximos ou cônjuges. Situações de indivíduos que recusam ou abandonam tratamento também devem levantar a suspeita.

Medicações como benzodiazepínicos, betabloqueadores, metildopa, reserpina, clonidina, cinarizina, flunarizina, digoxina e esteróides estão relacionados com quadros depressivos.

Os sintomas são variados e atípicos em relação aos jovens e o diagnóstico pode não se enquadrar nas classificações tradicionais (CID-10 e DSM-IV). Há uma preponderância de sintomatologia somática, inquietação psicomotora (depressão ansiosa), sintomas depressivos leves, alterações vegetativas, baixa autoestima, pensamentos de abandono e dependência, poucos sintomas psicóticos e déficit cognitivo variado.

Questione o idoso sobre sentimentos de tristeza ou desânimo frequentes e quando existir forte suspeita aplique a Escala de Depressão Geriátrica (GDS 15). Esta escala consiste num questionário com 15 perguntas objetivas e quanto maior o número de respostas positivas para depressão maior o risco de depressão. Até cinco pontos são considerados normais, de seis a dez, depressão leve, e de 11 a 15, depressão severa no quadro a seguir.

PERGUNTAS	RESPOSTAS	
1. Sente-se satisfeito com a vida?	Sim	Não
2. Interrompeu muitas de suas atividades?	Sim	Não
3. Acha sua vida vazia?	Sim	Não
4. Aborrece-se com frequência?	Sim	Não
5. Sente-se bem com a vida na maior parte do tempo?	Sim	Não
6. Teme que algo ruim lhe aconteça?	Sim	Não
7. Sente-se alegre a maior parte do tempo?	Sim	Não
8. Sente-se desamparado com frequência?	Sim	Não
9. Prefere ficar em casa a sair e fazer coisas novas?	Sim	Não
10. Acha que tem mais problemas na memória que outras pessoas?	Sim	Não
11. Acha que é maravilhoso estar vivo agora?	Sim	Não
12. Vale a pena viver como vive agora?	Sim	Não
13. Sente-se cheio de energia?	Sim	Não
14. Acha que sua situação tem solução?	Sim	Não
15. Acha que tem muita gente em situação melhor?	Sim	Não

Quadro 9 – Escala de depressão geriátrica simplificada (GDS 15)
Fonte: Yesavage, 1983.

Estabelecido o diagnóstico, deve-se elaborar uma programação terapêutica. Quando indicado o uso de medicações, deve-se optar por drogas com menor efeito colateral e maior segurança para idosos. Iniciar sempre com doses baixas sem, no entanto, esquecer-se de elevá-la até níveis terapêuticos uma vez que subdoses são fatores de risco para cronificação e baixa resposta. O tratamento deve incluir psicoterapia individual ou em grupo e atividades comunitárias. Idosos em risco de suicídio podem necessitar de internação hospitalar ou domiciliar supervisionada. Estão em maior risco:

- homens;
- aqueles que vivem sozinhos;
- quadros depressivos graves;
- insônia persistente;
- inquietude psicomotora importante;
- doença clínica grave, dolorosa ou incapacitante;
- viuvez recente;
- institucionalizados ou dependentes;
- etilistas;
- com sentimentos de culpa excessivos.

Para prevenir e auxiliar no tratamento, estimule a formação de grupos de idosos em sua comunidade, com atividades regulares e a criação de uma rede de amigos para visitação daqueles em risco de desenvolver depressão. Converse com a equipe de saúde para melhor planejar as ações direcionadas para esse público.

3.9 Vacinação para os idosos

De acordo com o calendário vacinal, são recomendadas duas vacinas para os idosos: *Influenza*, contra a gripe, e dupla adulto, contra o tétano, também conhecida por dT.

A vacina da *influenza* deve ser aplicada anualmente, no outono, para evitar as complicações de quadros gripais, comuns nessa faixa etária. Há evidências de que a vacina contra a *influenza* é eficaz na diminuição da hospitalização dos idosos.

A dT deve ser reforçada, em pessoas já com esquema completo, a cada dez anos; a cada cinco anos, em casos de ferimentos considerados de risco para o desenvolvimento do tétano.

Idosos também podem se beneficiar da vacina antipneumocócica que deve ser reforçada em cinco anos nos institucionalizados.

3.10 Síndrome metabólica e diabetes

O termo síndrome metabólica descreve um conjunto de fatores de risco metabólico que se manifestam num indivíduo e aumentam as chances de desenvolver doenças cardíacas, acidente vascular encefálico e diabetes. A síndrome metabólica tem como base a resistência à ação da insulina, daí também ser conhecida como síndrome de resistência à insulina. Isto é: a insulina age menos nos tecidos, obrigando o pâncreas a produzir mais insulina e elevando o seu nível no sangue. Alguns fatores contribuem para o aparecimento:

- genéticos,
- excesso de peso, principalmente na região abdominal;
- ausência de atividade física.

Recentemente, um grupo de consultores da Organização Mundial de Saúde propôs a denominação de síndrome metabólica quando o indivíduo possuir dois ou mais dos componentes descritos abaixo:

- regulação alterada da glicose ou Diabetes e/ou resistência à insulina;
- pressão arterial elevada ($> 140/90$ mmHg);
- triglicérides plasmáticos elevados ($> 1,7$ mmol; 150mg/dl);
- colesterol HDL baixo ($< 0,9$ mmol, 35 mg/dl para homens; $< 1,0$ mmol, 39 mg/dl para mulheres);
- obesidade central (relação cintura/quadril $> 0,90$ para homens e 0,85 para mulheres) e o índice de massa corpórea (IMC) $> 30\text{kg/m}^2$);
- microalbuminúria (excreção > 15 μg min ou relação albumina; creatinina na urina > 30 mg).

Outros componentes estudados nesta síndrome também foram relacionados com a resistência à insulina ou tendem a agrupar-se com a síndrome principal, entre eles:

- hiperuricemia;
- proporção aumentada de LDL pequena e densa;
- aumento da concentração de lipoproteínas remanescentes;
- distúrbios da coagulação e da fibronólise (elevação do fibronogênio);
- disfunção endotelial;
- inflamação da parede arterial;
- angina microvascular;
- síndrome de ovários policísticos.

Um grupo de especialistas pertencentes ao Programa Nacional de Educação em Colesterol (NCEP), nos Estados Unidos da América, apresentou outra versão para a definição da síndrome baseada nos fatores de risco. Será feito o diagnóstico de Síndrome Metabólica quando estiverem presentes três ou mais dos fatores a seguir relacionados. Acompanhe a seguir.

FATOR DE RISCO	DEFINIÇÃO
Obesidade abdominal	Até circunferência da cintura > 102 cm em homens e > 88 cm em mulheres
Triglicerídeos elevados	> 150mg/dl
Colesterol HDL baixo	< 40mg/dl em homens e <50 mg/dl em mulheres
Hipertensão arterial	> 130/ >85 mmHg
Hiperglicemia de jejum	> 110mg/dl

Quadro 10 - Identificação de Síndrome Metabólica segundo NCEP.
Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia, 2005.

Recentemente, a Federação Internacional sobre Diabetes (2005) sugeriu como critérios:

- Obesidade central cujos limites podem variar conforme a etnia. Assim, para europeus, foi sugerido para a medida da circunferência da cintura os valores de 94cm para homens e 80cm para mulheres, para asiáticos 90 e 80cm e para japoneses 85 e 90cm, respectivamente, homens e mulheres.
- E dois ou mais dos seguintes critérios:
 - a) Hipertrigliceridemia: ≥ 150 mg/dL ou estar em tratamento específico.
 - b) HDL colesterol: < 40 mg/dL em homens e < 50 mg/dL em mulheres ou estar em tratamento específico.

- c) Hipertensão arterial sistêmica $\geq 130/85$ mmHg ou tratamento de hipertensão diagnosticado previamente.
- d) Glicemia de jejum ≥ 100 mg/dL ou Diabetes tipo 2 diagnosticado previamente.



Link

Para saber mais sobre a Federação Internacional sobre Diabetes, acesse o endereço:
FEDERAÇÃO INTERNACIONAL SOBRE DIABETES. Disponível em: <<http://www.idf.org>>.

Outros critérios metabólicos estão em pesquisa: medida da distribuição abdominal da gordura, características da dislipidemia, métodos de avaliação da resistência à insulina (níveis de insulina), avaliação da desregulação vascular, como a microalbuminúria, do estado proinflamatório (proteína C reativa, fator de necrose tecidual, interleucina) e protrombótico (fatores fibrinolíticos e de coagulação). Tais fatores podem auxiliar na predição de complicações cardiovasculares e diabetes tipo 2.

Fatores de risco:

- grande quantidade de gordura abdominal - em homens, cintura com mais de 102cm e, nas mulheres, maior que 88cm;
- baixo HDL (bom colesterol) - Em homens, menos que 40mg/dl, e nas mulheres, menos do que 50mg/dl;
- triglicerídeos elevados (nível de gordura no sangue) - 150mg/dl ou superior;
- pressão sanguínea alta - 135/85 mmHg ou superior ou se está utilizando algum medicamento para reduzir a pressão;
- glicose elevada - 110mg/dl ou superior.

Ter três ou mais dos fatores citados é um sinal da presença da resistência insulínica. Esta resistência significa que mais insulina do que a quantidade normal está sendo necessária para manter o organismo funcionando e a glicose em níveis normais. Para a maioria das pessoas, o desenvolvimento da síndrome aumenta com o envelhecimento. O risco aumenta se a pessoa tem uma vida sedentária, sem atividade física e com:

- aumento do peso, principalmente na região abdominal (circunferência da cintura);
- histórico de diabetes na família;
- níveis elevados de gordura no sangue;
- hipertensão.

A maioria das pessoas que apresentam a Síndrome Metabólica são assintomáticas. Contudo, elas estão na faixa de risco para o desenvolvimento de doenças graves, como as cardiovasculares e o diabetes.

O aumento da atividade física e a perda de peso são as melhores formas de tratamento, mas pode ser necessário o uso de medicamentos para tratar os fatores de risco. Entre eles estão os chamados sensibilizadores da insulina, que ajudam a reduzir o nível sérico de glicose, os anti-hipertensivos e os que reduzem os índices de colesterol e triglicérides.

É importante assinalar a associação da síndrome metabólica com a doença cardiovascular, aumentando a mortalidade geral em cerca de duas vezes e a cardiovascular em três vezes. A síndrome metabólica é considerada como fator de risco cardiovascular e de *Diabetes mellitus* tipo 2.

A *Diabetes mellitus* é uma doença crônica que causa alterações metabólicas associada à deficiência absoluta ou relativa de insulina. Caracteriza-se clinicamente por alterações metabólicas, complicações vasculares e neuropáticas, afeta em torno de 7,4% da população brasileira, entretanto, na população com faixa etária entre 60 e 69 anos, chega a 17,4%. A hiperglicemia persistente, característica da doença, atinge de forma significativa os indivíduos, exigindo alterações importantes em seus estilos de vida.

A diabetes no idoso é frequentemente assintomática, o quadro clínico clássico de poliúria e polidipsia pode não ser o mais encontrado nessa faixa etária, sendo o diagnóstico definido muitas vezes em exames de rotina ou internações hospitalares.

A diabetes é uma doença comum e sua incidência aumenta com a idade. É uma importante causa de incapacidade no idoso em virtude de suas complicações, como a insuficiência renal, as amputações, a cegueira e a doença cardiovascular, além de alta mortalidade.

No idoso, a diabetes se manifesta como um achado casual em doenças intercorrentes, particularmente infecções, ou pelo surgimento de complicações, como cerebrovasculares, Infarto Agudo do Miocárdio (IAM) e arteriopatia periférica, ou em exame de rotina. De forma menos frequente, pode manifestar-se com os clássicos sintomas de polidipsia, poliúria, aumento do apetite, fadiga, visão turva, infecção de resolução lenta e impotência (em homens).

O limiar renal para a eliminação da glicose na urina aumenta com o envelhecimento, chegando a 200mg/dl, o que retarda o surgimento de poliúria. Dessa forma, idosos com poliúria podem levar a outros diagnósticos que não diabetes.

Uma alteração relacionada com o centro osmorregulador no hipotálamo faz com que os idosos apresentem grave depleção do espaço extracelular, hiperosmolaridade e coma sem polidipsia. Os idosos raramente desenvolvem cetoacidose, porém, diante da hiperosmolaridade, podem apresentar confusão, coma ou sinais neurológicos focais. Os critérios diagnósticos e as medicações utilizadas não diferem da população adulta geral.

As mudanças de hábitos de vida, com restrições alimentares e necessidade de prática de atividade física, apresentam maior resistência entre os idosos. Da mesma maneira, os tabus que envolvem a *Diabetes mellitus* geram temor do uso crônico de medicações, do vício de insulina e mesmo de morte. E ainda os sentimentos de punição e condenação podem ampliar as dificuldades de adesão ao tratamento deste grupo.



Na Prática

Por isso, ao estabelecer o diagnóstico, o médico deve considerar a experiência da pessoa com a doença, seu conhecimento sobre ela e os medos e temores diante da diabetes. A história clínica e o exame físico devem investigar possíveis lesões de órgãos alvo e a expectativa de vida do indivíduo para orientar a opção terapêutica.

A família do idoso com diabetes, especialmente se ele for funcionalmente dependente, precisa ser instruída acerca das medidas de tratamento, da forma de supervisioná-lo e dos sinais e sintomas de alerta, em particular os relativos à hipoglicemia e desidratação.



Link

Conheça a situação do Diabetes:

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Atlas do Diabetes**. 2015. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/images/2015/atlas-idf-2015.pdf>>.

Manejo do pé diabético: CAIAFA, J. S. et al. Atenção integral ao portador de Pé Diabético. **Jornal Vascular Brasileiro**, v. 10, n. 4, suppl. 2, 2011.

3.11 Hipertensão arterial

A hipertensão arterial sistêmica é silenciosa e tem sua prevalência aumentada com a idade. Entre as pessoas idosas, a hipertensão é uma doença altamente prevalente, acometendo cerca de 50% a 70% das pessoas nessa faixa etária. Apesar disso, não deve ser considerada uma consequência normal do envelhecimento. Como a diabetes, a doença hipertensiva é um fator determinante de morbidade e mortalidade com repercussões na independência do indivíduo.

A pressão arterial no idoso possui duas particularidades:

- maior frequência de hiato auscultatório;
- pseudo-hipertensão em decorrência do enrijecimento da parede da artéria, identificado por meio da manobra de Osler.

A hipertensão sistólica isolada é a mais prevalente entre os idosos e parece estar mais associada a eventos cardiovasculares que a hipertensão diastólica ou sistólica e diastólica.

O diagnóstico e os medicamentos utilizados em idosos não diferem da população adulta geral.

Para estabelecer as prioridades para o tratamento e a periodicidade do seguimento, é necessário que o médico reconheça os fatores de risco e classifique o risco individual do idoso.

A menor eficiência dos mecanismos reguladores da pressão arterial através dos barorreceptores, a frequente utilização de medicamentos como diuréticos, tranquilizantes, vasodilatadores e betabloqueadores, assim como a maior frequência de insuficiência vascular cerebral, tornam o idoso predisposto à hipotensão ortostática. Complicações, como quedas por hipotensão, podem ser evitadas pela redução dos níveis tensionais de forma mais gradativa e início das medicações sempre com doses menores do que as preconizadas.

Às vezes, pode ser difícil reduzir a pressão sistólica abaixo de 140mmHg em idosos. Nesses casos, afastadas as causas secundárias, pode-se tolerar reduções menos acentuadas.

Deve-se estimular o controle de pressão arterial domiciliar. Os aparelhos eletrônicos devidamente validados e calibrados são os mais indicados. Os aparelhos de coluna de mercúrio e os aneroides podem ser usados, desde que calibrados e após orientação apropriada. Os aparelhos de medida da pressão arterial no dedo não são recomendados.

Medidas como redução de peso, combate ao sedentarismo e cessação do tabagismo devem ser orientadas à pessoa idosa. Grupos de autoajuda e de educação em saúde podem auxiliar na compreensão da doença e no estímulo à mudança de hábitos de vida. A família deve sempre ser envolvida no tratamento e no cuidado.



Link

Confira no endereço uma leitura complementar sobre o tema:

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Diretrizes do grupo de estudos em cardiogeriatría da Sociedade Brasileira de Cardiologia**. 2. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_Cardiogeriatría.pdf>.

3.12 Iatrogenia

A polifarmácia é uma das grandes preocupações deste grupo etário. Assim, é de fundamental importância realizar um inquérito acurado a respeito de quais medicações a pessoa está fazendo uso, tanto as prescritas quanto aquelas indicadas por parentes, amigos e meios de comunicação. Não esqueça, também, de questionar sobre a miríade de chás, extratos e outras substâncias ditas naturais, interpretadas pelos idosos como algo que mal não faz.

Em função do grande número de morbidades envolvidas com o envelhecimento, os idosos estão entre aqueles que mais fazem uso de medicações. E mais do que isso, as interações observadas entre os inúmeros fármacos e a própria mudança fisiológica no organismo senescente denotam a relevância do conhecimento não somente da farmacocinética e da dinâmica da medicação como também das mudanças fisiológicas que ocorrem nesta população.



Leitura Complementar

Conheça o acesso a medicamentos em uma capital do sul do Brasil:

AZIZ, M. M. Prevalência e fatores associados ao acesso a medicamentos pela população idosa em uma capital do sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 1939-1950, out. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n10/07.pdf>>.

3.13 Incontinência urinária

A perda involuntária de urina é um problema sério que afeta milhões de pessoas e pode ocorrer em qualquer idade, tendendo a manifestar-se mais com o aumento da idade, principalmente nas mulheres na perimenopausa.

Cerca de 30% das pessoas idosas não institucionalizadas costumam apresentá-la e nem sempre a referem na avaliação clínica, quer seja por vergonha ou ainda, por acharem que isso seja esperado no processo de envelhecimento. A frequência dos escapes e a importância do evento estão associadas às repercussões emocionais com constrangimento, de pressão e isolamento social.

O profissional de saúde deve perguntar diretamente se a pessoa idosa perdeu urina recentemente ou sentiu-se molhada. Respostas afirmativas requerem investigação.

A incontinência urinária predispõe às infecções do trato urinário e genital, provoca maceração e ruptura da pele, facilita a formação de úlceras de pressão e celulites, contribui para a disfunção sexual e a perda de função renal, afeta a qualidade do sono e aumenta o risco de quedas.

A etiologia da incontinência deve ser investigada e tratada. Orientações como evitar a ingestão de grandes quantidades de líquidos quando não houver disponibilidade de banheiros acessíveis, evitar alimentos com cafeína e álcool e tratar adequadamente os quadros de obstipação intestinal crônica podem auxiliar na melhoria da qualidade de vida do indivíduo.

As causas de incontinência urinária no idoso podem ser divididas em agudas e crônicas, conforme o quadro a seguir.

AGUDAS	CRÔNICAS
Endócrinas - Hiperglicemia, hiperpotassemia, diabetes, vaginite atrófica.	Debilidade e lassidão do assoalho pélvico (multiparidade).
Psicológicos - Depressão, ideias delirantes.	Debilidade do esfíncter uretral ou da saída da bexiga (cirurgias e traumas).
Farmacológicas - Diuréticos, anticolinérgicos, antidepressivos, antipsicóticos, hipnóticos-sedativos, narcóticos, agonista e antagonista alfa-adrenérgico, bloqueadores de cálcio, cafeína e álcool.	Hiperatividade do detrusor (uretrites, cistites, tumores, litíase, diverticulose, AVC, demência, Parkinson, lesão espinhal).
Infecções do trato urinário.	Obstrução anatômica (HPB, cistocele).
Neurológicas - Doença vascular cerebral, doença de Parkinson, hidrocefalia normotensa, delirium, redução de consciência e redução de mobilidade.	Bexiga hipocontrátil (DM e lesão medular).
Obstipação intestinal por impactação fecal.	Demência.
	Depressão.
	Imobilidade.

Quadro 11 – Causas agudas e crônicas de incontinência urinária
Fonte: Adaptado de Brasil, 2006.

3.14 A sexualidade das idosas e dos idosos

A sexualidade é o modo como vivenciamos nosso instinto sexual na busca do encontro afetivo, do acasalamento e do prazer. Ela permeia tudo o que nos faz sentir mais homem-macho e mulher-fêmea no inexorável jogo da sedução e da conquista. A sexualidade articula-se a fatores hormonais, emocionais e socioculturais, de um modo pessoal e singular que se estende da função do prazer à da procriação. É uma função que permeia a vida, da infância à velhice e instala-se junto a uma série de tabus (FREITAS, 2002).

A sexualidade é cada vez mais reconhecida como um importante aspecto no cuidado aos idosos. Todos os idosos precisam expressar sentimentos sexuais – a sexualidade envolve amor, partilha calor, toque e não somente o ato do intercursos.

Com o passar dos anos, os espaços e o ritmo do prazer com relação à sexualidade mudam, mas ela segue sendo uma necessidade básica também entre os idosos. A sexualidade é também fonte de angústias e contradições: é para o homem desejar sem ter como concretizar seu desejo; e, para a mulher, a quem a cultura muitas vezes interdita a própria possibilidade do desejo, chegar à velhice e não ser desejada.

Existem diferenças entre a sexualidade masculina e a feminina. Estudos demonstram que 74% dos homens e 56% das mulheres casadas mantêm vida sexual ativa após os 60 anos. Muitas das alterações sexuais que ocorrem com o avançar da idade podem ser resolvidas com orientação e educação.

Problemas na capacidade de desfrutar prazer nas relações sexuais não devem ser considerados como parte normal do envelhecimento.

A modificação das taxas de hormônios sexuais femininos, que ocorre próximo à menopausa, pode reduzir o desejo sexual e a excitação, além de provocar sintomas físicos conhecidos como calores ou fogachos, irritabilidade, alterações no sono e depressão. Por outro lado, a menopausa ou a histerectomia podem propiciar uma vida sexual sem risco de gravidez indesejada. Mulheres com cabelos brancos ou rugas podem se achar menos atraentes. Ressecamento vaginal e menor distensibilidade podem afetar o prazer sexual. A sensação do orgasmo não se modifica. Lembrar que a ausência de desejo sexual (libido) não faz parte do envelhecimento normal tanto de homens quanto de mulheres.

No homem, as principais alterações são: redução da frequência de relações sexuais, diminuição do interesse pelo sexo, menor número de ereções matinais e menor frequência de masturbação. No caso da masturbação, esta se reduz menos e pode ser uma atividade mais frequente que as relações sexuais, após certa idade.

Os indivíduos que apresentam maior frequência de atividade sexual quando jovens têm menor declínio quando mais velhos. Nos que têm menor frequência ao longo da vida, o declínio é proporcionalmente maior. O homem demora mais para conseguir uma ereção satisfatória, mas também tende a ter melhor controle sobre a ejaculação. A perda da ereção após o orgasmo pode acontecer mais rapidamente, ou pode levar mais tempo antes de uma nova ereção. Homens e mulheres se beneficiam de maior tempo com carinhos preliminares.

Mitos que precisam ser discutidos:

- muitos idosos consideram que com a idade chega ao fim a vida sexual;
- a diminuição do desejo sexual no idoso e, conseqüentemente, da frequência de relações sexuais é inevitável;
- mulheres entendem que, com a menopausa e a incapacidade natural de engravidarem, o sexo já não tem mais sentido;
- o orgasmo simultâneo é o ideal;
- se o parceiro perde a ereção, é porque que não deseja mais sua parceira.

Doenças comuns que afetam a vida sexual: diabetes, depressão, cardiopatias, hipotireoidismo, dor (especialmente articular) e incontinência urinária, bem como as medicações que são utilizadas para tratar essas morbidades. Todas as situações acima possuem tratamento adequado. Lembrar que o excesso de álcool pode ocasionar problemas de ereção no homem e retardar o orgasmo nas mulheres, e que o tabagismo compromete a ereção e diminui a libido.

Um obstáculo importante é a dificuldade das mulheres, que vivem mais, de conseguir parceiros. Uma opção acessível consiste em frequentar mais os meios sociais. A principal causa para não praticarem sexo é a falta de parceiro disponível.

A idade pode vir acompanhada de um desgaste no relacionamento afetivo, transformações físicas, doenças e fatores externos que afetam o sexo. Porém, associar esta etapa de vida com incapacidade, déficit, perda ou impossibilidades é, de certo, impor limitações desnecessárias.

Durante toda a vida adulta, há a possibilidade de vivência sexual satisfatória e prazerosa. Acima dos 60 anos de idade deve-se criar e utilizar novos recursos e estratégias que facilitem sua adaptação a esta outra etapa de vida. Durante a avaliação de idosos, o profissional de saúde deve lembrar-se sempre de abordar

a satisfação e os problemas com a sexualidade, e da mesma forma orientar os idosos sobre a expansão de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), particularmente HIV, entre este grupo.



Leitura Complementar

Você poderá acessar mais informações a respeito da sexualidade dos idosos em:

RISMAN. **A sexualidade e terceira idade**: uma visão histórico-cultural - textos em velhecimento, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, 2005. Disponível em:

<www.ciape.org.br/matdidatico/mariademello/sexualidade/visao_hist_cultural.doc>.

CATUSO, M. C. **Rompendo o silêncio**: desvelando a sexualidade em idosos. Textos & Contextos, Porto Alegre, v. 4, n. 1, dez. 2005. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/fass/article/view/996/776>>.

3.15 O cuidador

A ocupação de cuidador integra a Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), de 2002, sob o código 5162, que define o cuidador como alguém que “cuida a partir dos objetivos estabelecidos por instituições especializadas ou responsáveis diretos, zelando pelo bem-estar, saúde, alimentação, higiene pessoal, educação, cultura, recreação e lazer da pessoa assistida”.

Geralmente a atividade é desenvolvida por alguém da família ou da comunidade, com ou sem remuneração, e na maioria das vezes sem formação profissional para isso. Sua função compreende o acompanhamento e o auxílio à pessoa em se cuidar, fazendo por ela somente as atividades que não consiga fazer sozinha.

O cuidador nem sempre escolhe sê-lo. Quando uma pessoa adoece ou se torna dependente na família ou na comunidade, algumas pessoas se revelam como cuidadoras, tornando esta uma tarefa nobre, porém complexa, permeada por sentimentos diversos e contraditórios, tais como raiva, culpa, medo, angústia, confusão, cansaço, estresse, tristeza, nervosismo, irritação, choro, medo da morte e da invalidez.

Do outro lado, está a pessoa doente e dependente, também com os mesmos sentimentos contraditórios. Este fato pode tornar o relacionamento entre cuidador e pessoa cuidada conflituoso. Orientar o cuidador a reconhecer seus próprios sentimentos e os do dependente pode ajudar a suavizar as relações. Respeitar a autonomia do acamado também é importante.

Tarefas do cuidador:

- atuar como elo entre a pessoa cuidada, a família e a equipe de saúde;
- escutar, estar atento e ser solidário com a pessoa cuidada;
- ajudar nos cuidados de higiene;
- estimular e ajudar na alimentação;
- ajudar na locomoção e nas atividades físicas, tais como: andar, tomar sol e exercícios físicos;
- estimular atividades de lazer e ocupacionais;
- realizar mudanças de posição na cama e na cadeira e massagens de conforto;
- administrar as medicações, conforme prescrição e orientação da equipe de saúde;
- comunicar à equipe de saúde sobre mudanças no estado de saúde da pessoa cuidada;
- outras situações que se fizerem necessárias para a melhoria da qualidade de vida e recuperação da saúde dessa pessoa.

Devemos nos lembrar que, muitas vezes, a pessoa cuidada parece estar desatenta ou dormindo, mas pode estar ouvindo o que falam a seu redor. Por isso, é fundamental respeitar sua dignidade e não agir como se ela não entendesse, não existisse ou não estivesse presente.



Na Prática

A equipe de saúde deve discutir com o cuidador sobre a doença de seu familiar ou ente querido, as necessidades de auxílios e de alerta acerca dos sinais e sintomas de perigo, procurando, desta forma, oferecer segurança à pessoa cuidada.

A doença ou a limitação física em uma pessoa provoca mudanças na vida dos outros membros da família, que alteram suas funções ou papéis dentro da família, quais sejam: a filha que passa a cuidar da mãe; a esposa que, além de todas as tarefas, agora cuida do marido acamado; o marido que tem que assumir as tarefas domésticas e o cuidado com os filhos, porque a esposa se encontra incapacitada; o irmão que precisa cuidar de outro irmão. Todas essas mudanças podem gerar insegurança e desentendimentos, além de sobrecarga, uma vez que o papel na família antes de assumir a função de cuidador não é abandonado, mas agregado aos novos papéis.

Esta sobrecarga física e emocional pode ser fator de estresse no cuidador e a equipe de saúde deve estar apta a orientar a participação de outras pessoas no revezamento do cuidado.

É essencial que o cuidador reserve alguns momentos do seu dia para se cuidar, descansar, relaxar e praticar alguma atividade física e de lazer, tais como caminhar, fazer ginástica, crochê, tricô, pinturas, desenhos, dançar etc.



Leitura Complementar

Diversas dicas para os cuidadores podem ser encontradas no Guia Prático do Cuidador:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf>.

Chegamos ao fim desta unidade de estudo. Procure implementar no seu dia a dia as ferramentas que estudou, aperfeiçoando sua prática dentro do contexto da Saúde da Família. Procure, também, manter-se sempre atualizado sobre o conteúdo visto.



Link

Entre nos *sites* indicados a seguir. Eles são interessantes para aprofundar o tema de estudo deste módulo. Confira!

Material didático:

MERCK. **Manual of health e aging**. Disponível em: <http://www.merck.com/pubs/mmanual_ha/contents.html>.

AGENCY FOR HEALTHCARE RESEARCH AND QUALITY. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/>>.

Revistas nacionais em geriatria:

REVISTA BRASILEIRA DE CIÊNCIA DO ENVELHECIMENTO HUMANO. Disponível em: <<http://www.upf.br/seer/index.php/rbceh/index>>.

Revistas internacionais:

BIOMEDCENTRAL. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2318/>>.

MODERNMEDICINE. Disponível em: <<http://www.modernmedicine.com/modern-medicine/Geriatrics/home/40131>>.

Agora, convidamos para uma reflexão, apresentando uma situação que poderia ser evidenciada no dia a dia da Unidade de Saúde. Maria e José, com 70 e 80 anos respectivamente, residem na área de abrangência da equipe de saúde. Em

reunião de equipe, a enfermeira discute com os demais profissionais a situação de vida do casal. Recentemente, José sofreu uma queda em seu domicílio, resultando em fratura de colo de fêmur. Ficou internado no hospital de referência para uma cirurgia e agora está em casa sob os cuidados da sua esposa. Os idosos moram sozinhos.

Os profissionais da equipe resolveram solicitar o auxílio do assistente social do NASF para, em conjunto com os dois idosos, procurar soluções para sua situação.

Você encontra, em sua realidade, idosos morando sozinhos com dificuldade para as ações rotineiras do dia a dia? Estes casos são discutidos na equipe? Incluem a participação dos profissionais do NASF? A comunidade se organiza, discute e auxilia nestas situações? Reflita acerca de situações como esta, com elementos do cotidiano, e converse sobre o assunto com seus colegas.

SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade, estudamos alguns agravos e os cuidados no processo de envelhecimento, fundamentais para a atenção integral à saúde do idoso, uma vez que nessa faixa etária existem particularidades que irão influenciar as decisões, desde ações clínicas, passando pela abordagem integral na avaliação do idoso, incluindo os aspectos sociais, até a prescrição de medicamentos.

Destacamos algumas possibilidades de avaliação no processo de envelhecimento, assim como as ações de prevenção e de cuidado integral, e de educação em saúde, com o olhar voltado para o idoso.

Os conteúdos aqui apresentados e discutidos visam a sua qualificação profissional. Mantenha esta dedicação em todas as etapas do curso! Desejamos a todos muito sucesso e um bom aprendizado!

REFERÊNCIAS

AZIZ, M. M. Prevalência e fatores associados ao acesso a medicamentos pela população idosa em uma capital do sul do Brasil: um estudo de base populacional. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 10, p. 1939-1950, out. 2011.

ANTES, D. L.; d'ORSI, E.; BENEDETTI, T. R. B. Circunstâncias e consequências das quedas em idosos de Florianópolis. EpiFloripa Idoso 2009. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 16, n. 2, p. 469-481, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v16n2/1415-790X-rbepid-16-02-00469.pdf>>. Acesso em 08 mar. 2016

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Guia prático do cuidador**. Brasília, 2008. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pratico_cuidador.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Cadernos de Atenção Básica, n. 19. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf>. Acesso em: 11 mar. 2016.

BRASIL. Portaria nº 451, de 9 de junho de 2014. Aprova o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas da Osteoporose. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2014. Disponível em: <<http://u.saude.gov.br/images/pdf/2014/abril/02/pcdt-osteoporose-2014.pdf>>. Acesso em: 09 mar. 2016.

BRUCKI, S. M. D. et al. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. **Arquivos Neuro-Psiquiatria**, São Paulo, v. 61, n. 3, p. 777-781, set. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2003000500014&lng=pt>. Acesso em: 11 mar. 2016.

CANINEU, P. R.; BASTOS, A. Transtorno cognitivo leve. In: FREITAS, E. V. et al. **Tratado de geriatria e gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

CASA SEGURA. **Uma arquitetura para a maturidade**, [2011]. Disponível em: <<http://www.casasegura.arq.br/>>. Acesso em: 14 mar. 2016.

CATUSO, M. C. **Rompendo o silêncio**: desvelando a sexualidade em idosos. Textos & Contextos, Porto Alegre, v. 4, n. 1, dez. 2005.

FELIX, L. N.; SOUZA, E. M. T. de. Avaliação nutricional de idosos em uma instituição por diferentes instrumentos. **Rev. Nutr.**, v. 22, n.4, p. 571-580, 2009.

FOLSTEIN, M. F.; FOLSTEIN, S. E.; McHUGH, P. R. **Mini-Mental State**: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J. Psychiatr Res.**, v. 12, n. 3, p. 189-198, nov. 1985.

KATZ, S. et al. Progress in development of index of ADL. **The Gerontologist**, v. 10, n. 1, p. 20-30, 1970.

MARCHINI, J. S.; FERRIOLI, E.; MORIGUTI, J. C. Suporte nutricional no paciente idoso: definição, diagnóstico, avaliação e intervenção. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 31, p. 54-61, jan./mar. 1998.

MONTEIRO, D. M. R. Afetividade, intimidade e sexualidade no envelhecimento. In: FREITAS, E. V. de. **Tratado de Geriatria e Gerontologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

PINTO NETO, A. M. et al. Consenso brasileiro de osteoporose 2002. **Revista Brasileira de Reumatologia**, v. 42, n. 6, p. 343-354, nov./dez. 2002.

RADOMINSKI, S. C. et al. **Osteoporose em mulheres na pós-menopausa: projeto diretrizes**. [s. l.]: Associação Médica Brasileira; Conselho Federal de Medicina, 2002. Disponível em: <http://www.projtodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/078.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2016.

RUBENSTEIN, L. Z. et al. Screening for undernutrition in geriatric practice developing the short-form mini-nutritional assessment (MNA-SF). **Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences**, v. 56, n. 6, p. 366-372, 2001.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **Diretrizes do grupo de estudos em cardiogeriatria da Sociedade Brasileira de Cardiologia**. 2. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_Cardiogeriatria.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2016.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. I Diretriz Brasileira de Diagnóstico e Tratamento da Síndrome Metabólica. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, v. 84, suppl. 1, São Paulo, abr. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v84s1/a01v84s1.pdf>>. Acesso em: 14 mar. 2016.

SOUSA, V. M. C; Guariento, M. E. Avaliação do idoso desnutrido. **Rev Brasileira de Clínica Médica**, v. 7. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2009/v7n1/a46-49.pdf>>. Acesso em: 28 mar. 2016.

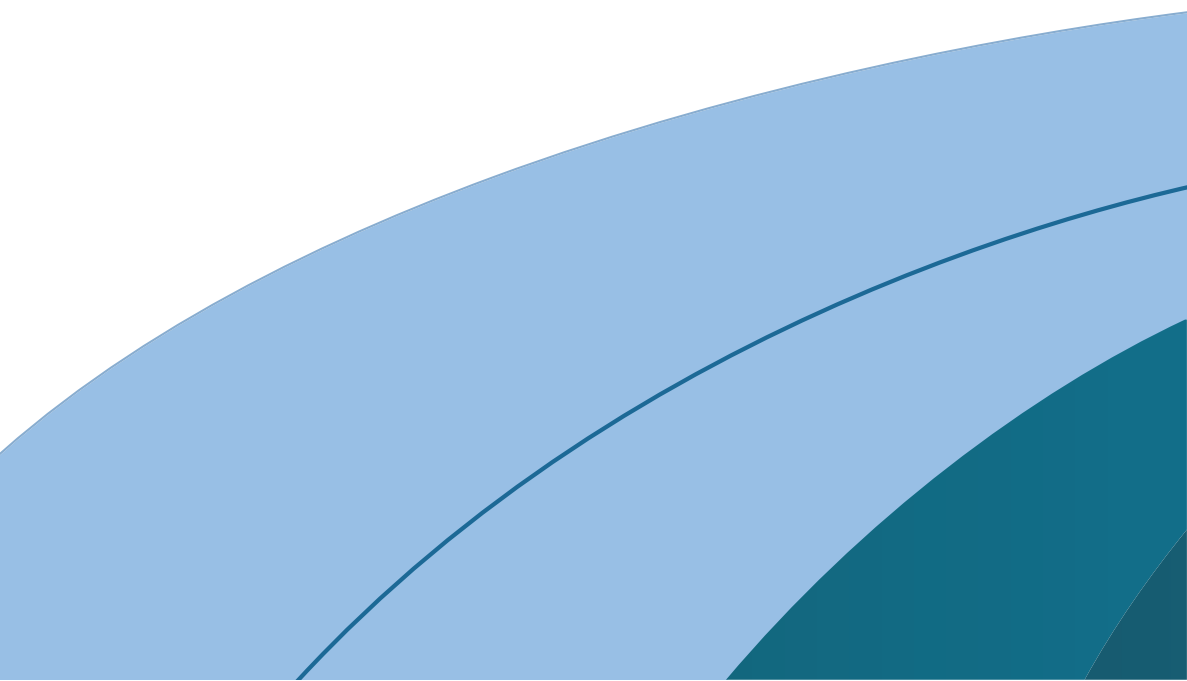
SUNDERLAND, T. et al. Clock drawing in Alzheimer's disease: a novel measure of dementia severity. **Journal of the American Geriatric Association**, v. 37, p. 725-729, 1989.

VELLAS, B.; GUIGOZ, Y. **Facts and Research in Gerontology**. [S. l: s.n], 1995.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). **Obesity: preventing and managing the global epidemic**. Geneva: World Health Organization, 1997.

YESAVAGE, J. et al. Development and validation of a geriatric screening scale: a preliminary report. **Journal of Psychiatric Research**, v. 17, n. 1, p. 37-49, 1983.

Unidade 4



4 PRÁTICAS EDUCATIVAS NA ATENÇÃO À SAÚDE DO IDOSO

Buscaremos, nesta unidade, tratar de práticas de promoção de saúde, a fim de que a equipe de saúde, em conjunto com a pessoa idosa e seus familiares, possam implementar ações que evitem ou minimizem os problemas que interferem na saúde do idoso. Elas podem ter como público-alvo os idosos, seus cuidadores e familiares, numa perspectiva do trabalho integrado entre a equipe e a família. São práticas que se baseiam na compreensão ampliada acerca dos problemas e desafios típicos do processo de envelhecimento. Disponibilizaremos diversas estratégias para o sucesso dessas práticas e esperamos, com isso, que o planejamento e a implementação das ações em saúde sejam integradas na perspectiva do cuidado integral à saúde do idoso.

4.1 Educação para a compreensão da velhice

As mudanças ocorridas com o processo de envelhecimento incluem alterações nos papéis e nos relacionamentos familiares, os quais mudam à medida que os pais se tornam avós, que adultos maduros se tornam cuidadores, e que o idoso se aposenta ou sofre outras alterações em sua inserção familiar e social.

O profissional de saúde acompanha tanto as mudanças próprias dessa faixa etária como os mecanismos de enfrentamento utilizados durante sua adaptação a essas transformações. Além disso, procura compreender como o idoso se sente junto aos outros e consigo mesmo ao longo de todo esse processo; e avalia junto com ele os aspectos que se relacionam com a sua interação com familiares, aspectos íntimos, sociais; com as ocupações, atuais e do passado; com a situação financeira, moradia e ambiente; com a espiritualidade, a sexualidade, o isolamento social, com as perdas e com a morte.

O planejamento antecipado da aposentadoria pode amenizar as dificuldades associadas a esse processo, como o isolamento e a passividade, especialmente quando uma grande parte da vida do indivíduo foi dedicada ao trabalho e aos relacionamentos dele decorrentes. Nesses casos, a perda desse vínculo pode significar a perda das trocas sociais e da rede social de apoio, com alto impacto na satisfação do idoso com sua vida.

A intervenção da equipe de saúde pode vir na forma de conversa a respeito de aspectos essenciais, incluindo-se as relações com o cônjuge e os filhos, analisando-se atividades significativas capazes de ocupar o lugar deixado pela ausência do trabalho em suas vidas, ajustando ou reconstruindo redes sociais, redefinindo questões ligadas à renda familiar e, principalmente, orientando ações de promoção e manutenção da saúde, incluindo-se os desejos e desafios de médio e longo alcance.

Inicialmente, a ênfase do cuidado ao idoso concentrava-se em nutrição, conforto, empatia e intuição. Atualmente, a valorização do cuidado integral e humanizado propicia o reconhecimento da complexidade dos processos de saúde/doença. Neste sentido, a equipe de saúde possui um importante papel na implementação de ações que auxiliem tanto na manutenção da saúde do idoso como na superação ou enfrentamento das doenças ou agravos que acometem essa população.

As situações de isolamento podem ser enfrentadas, por exemplo, a partir da promoção de redes sociais de apoio que revertam essa situação. Inúmeras comunidades desenvolvem programas que facilitam a socialização, como passeios, excursões, atividades de grupos, jogos, e até mesmo atenção via contato telefônico, entre outras opções.

A parceria com outras instituições da comunidade, como as Igrejas, escolas, museus, bibliotecas e organizações da sociedade civil pode potencializar as oportunidades de reunir pessoas com interesses e necessidades semelhantes.

As modificações nos papéis sociais, nas responsabilidades familiares e na capacidade das famílias de autogerirem o cuidado têm repercussões diretas na vida da pessoa idosa. Dependendo do seu grau de autonomia e de independência, alguns idosos escolherão viver em suas próprias casas e outros terão que viver com membros de suas famílias. Outros, ainda, por opção ou por falta de alternativas, terão que viver em instituições de longa permanência para idosos.

Com base em tais aspectos, a equipe de saúde, ao orientar os idosos e familiares sobre moradia, precisa avaliar o nível de dependência, tanto para a realização das atividades da vida cotidiana como para a manutenção financeira de suas necessidades, levando em conta o acesso ao transporte coletivo, perigos ambientais e rede de apoio social disponível, assim como realizando uma análise das necessidades futuras.

Ao abordar com os idosos as questões referentes à moradia, é preciso considerar as condições do ambiente, a mobilidade do idoso e as mudanças físicas relacionadas à visão e à audição. A escolha das cores, barras de apoio, os degraus, os desníveis, o brilho e a aderência dos pisos, as características da mobília, são alguns aspectos importantes durante a discussão de um ambiente seguro, adaptado às suas necessidades.

O objetivo da avaliação do ambiente é a promoção da independência e a manutenção das habilidades funcionais da pessoa idosa. É relevante, ainda, discutir com o idoso os riscos de acidentes que o ambiente oferece, tais como o uso de aquecedores, lareiras, tapetes, corredores com pouca iluminação, entre outros.

A avaliação da segurança de um ambiente, como também da capacidade do idoso de reconhecer e responder aos riscos, buscando um ambiente seguro, são componentes importantes na promoção da qualidade de vida dessa população.

4.2 Orientações aos familiares cuidadores

As questões relativas ao envelhecimento necessitam o envolvimento de toda a família, seja pela preocupação decorrente das influências da aposentadoria nos níveis de consumo familiar, seja, por exemplo, na decisão de um(a) filho(a) de meia idade em aceitar cuidar de sua mãe ou pai em sua residência.

Este impacto será maior ou menor, dependendo das características de cada núcleo familiar. Nos casos em que já existam conflitos familiares estabelecidos, a tendência será de sua exacerbação, com sobrecarga de alguns de seus integrantes. Na medida em que se amplia a longevidade, mais complexas se tornam as necessidades de assistência diária dos idosos, o que exige que as famílias assumam responsabilidades cada vez mais complexas e por períodos mais longos.

Neste contexto, o profissional de saúde precisa compreender as várias estruturas, modos de funcionamento, relações, conflitos, papéis e relacionamentos familiares, para que possa conceber estratégias eficientes no trabalho de orientação das famílias de idosos e de seus cuidadores.

A maior parte das necessidades de cuidados domiciliares dos idosos é provida pelos seus familiares e não por profissionais. É preciso considerar as questões de gênero envolvidas nesse processo: cerca da metade dos cuidadores dos idosos masculinos são suas esposas, e o segundo maior grupo de cuidadores é composto por filhas e noras. Eliopoulos (2005) destaca que hoje as mulheres de meia idade passam mais tempo cuidando dos pais do que dos seus próprios filhos, muitas vezes cuidam de ambos ao mesmo tempo. Informa, ainda, que uma em cada sessenta mulheres trabalhadoras em tempo integral é cuidadora e uma em cada doze é cuidadora em potencial.

Esses dados reforçam a importância de uma abordagem educativa aos cuidadores e, antes disso, reforçam a importância da promoção da saúde, objetivando manter a independência das pessoas idosas e minimizar as necessidades de cuidado. Ainda, remetem à implementação de práticas efetivas de prevenção das doenças e da perda da capacidade funcional, para a manutenção da capacidade de autocuidado e de autonomia dos idosos.

Nos casos em que as fragilidades estão instaladas, indica-se que a saúde do cuidador seja avaliada periodicamente e que o profissional de saúde programe intervenções que, segundo Eliopoulos (2005, p. 445), incluam ações como:

- uso seguro da medicação, reconhecimento dos problemas e dos recursos disponíveis para a atenção a situações específicas;
- programação de saídas das situações de cuidados, periodicamente, para obter folga e relaxamento e manter a rotina de vida necessária;
- cuidado de si, com sono adequado, repouso, exercícios, nutrição, socialização, isolamento, apoio, auxílio financeiro, redução do estresse e controles de saúde;
- orientações à família, para encarar realisticamente a situação, alertar para as situações críticas em que um cuidador leigo não será capaz de dar conta das necessidades de cuidado;
- ajuda à família na compreensão e avaliação da extensão das necessidades de cuidado do idoso;
- divulgação de informações que possam auxiliar na antecipação das necessidades de saúde da pessoa idosa;
- estímulo à expressão dos sentimentos, desenvolvimento de estratégias de enfrentamento das crises;
- auxílio na compreensão dos processos de culpa, raiva, ressentimentos e depressão que possam surgir em decorrência dos sentimentos de “dever ser” ou de “obrigações de ser” relacionados às situações de cuidado ou de descuido;
- investigação e acompanhamento do impacto dos cuidados sobre toda a unidade familiar, avaliando-se os efeitos de cada decisão sobre os membros da família;
- revisão das opções de cuidado, auxiliando os cuidadores no diagnóstico de suas limitações e da necessidade de cuidados institucionais, quando necessário;
- identificação dos padrões de relacionamentos familiares e planejamento das intervenções apropriadas, como uma terapia familiar, auxílio financeiro, uma conferência familiar para solucionar conflitos;
- facilitação na comunicação aberta e honesta entre os membros da família, auxiliando no planejamento de conferência familiar, promovendo a discussão com todos os seus membros, desenvolvendo metas e planos realistas, definindo responsabilidades, preservando a privacidade da família;
- ajuda ao cuidador na identificação dos recursos comunitários e ênfase na importância da folga para quem cuida de idosos;
- estímulo à família a conhecer os grupos de apoio (ajuda mútua) e de autoajuda que podem auxiliá-la, como grupos de Alzheimer, Diabéticos, Ostomizados, entre outros.



Na Prática

A equipe de enfermagem ou o médico podem auxiliar no reconhecimento das condições de saúde bucal dos idosos e necessidades daí derivadas como importante ferramenta de inclusão e acesso aos serviços odontológicos. Esta avaliação pode e deve ser procedida de modo bastante simples por todos os membros da equipe. Também se trata de revisar procedimentos de higiene de dentes, mucosa bucal e próteses removíveis. Cuidadores também devem ser informados sobre os cuidados em saúde bucal. Discuta em equipe quais as alternativas mais adequadas às condições de saúde do idoso.

As ações da equipe de saúde devem direcionar-se aos idosos e suas famílias, estruturando o processo de cuidado no sentido de favorecer as capacidades funcionais de todos os seus membros, potencializando as experiências de cuidado.



Na Prática

Para sedimentar o que foi estudado, procure selecionar, dentre as famílias de sua área, uma em situação de fragilidade, na qual você identifique um familiar cuidador. Descreva os problemas reais e potenciais no cuidado do idoso. Quais as abordagens que você poderia utilizar para apresentar ao familiar cuidador outras opções de cuidado? Procure desenvolver um plano de cuidados para auxiliar essa família.

4.3 Atividades educativas em saúde nos grupos de idosos

Um grupo é constituído a partir de interesses e temas em comum. É um espaço possível e privilegiado de rede de apoio e um meio para a discussão das situações comuns vivenciadas no dia a dia. Permite descobrir potencialidades e trabalhar a vulnerabilidade.

O trabalho em grupos possibilita a ampliação do vínculo entre equipe e pessoa idosa, sendo um espaço complementar da consulta individual, da troca de informações, de orientação e de educação em saúde (BRASIL, 2006).

Destaca-se o papel fundamental da socialização obtida em qualquer trabalho em grupo, o que, por si só, pode representar novas perspectivas para a pessoa idosa (dependendo de sua situação familiar e comunitária), além de maior aceitação na sociedade.

A criação de grupos nas Unidades de Saúde tem sido cada vez mais comum, especialmente dado o potencial que as ações em coletivo tem, tanto para o trabalho dos profissionais, com resultados positivos, até como suporte para e entre os usuários. Entretanto, faz-se necessário maior reflexão das Equipes de Saúde sobre o trabalho em grupo, para poder utilizá-lo de forma mais reflexiva e efetiva.

Algumas considerações estratégicas orientadoras do trabalho em grupo com os idosos estão descritas em Brasil (2006), as quais estão citadas abaixo, seguidas das descrições de ações para implementá-las:

- a) convite às pessoas idosas para participarem do grupo;
- b) abordagem de temas ligados ao envelhecimento;
- c) escolha de um local de fácil acesso;
- d) definição da coordenação do grupo;
- e) denominações/categorização dos grupos;
- f) participação da equipe;
- g) metodologia de grupo aplicada;
- h) a linguagem a ser utilizada;
- i) compromisso da gestão com o grupo.

Para organizar um grupo com pessoas idosas, a equipe de saúde deve estar mobilizada e ter incluído essa atividade em seu planejamento. Existem inúmeras estratégias para convidar as pessoas idosas a participarem de grupos, como: fixar cartazes na Unidade de Saúde e em pontos estratégicos na comunidade – escolas, associações, supermercados – e durante a realização de procedimentos e consultas.

Na divulgação do grupo, é essencial o envolvimento dos agentes comunitários de saúde (ACS), os quais, a partir das visitas domiciliares, podem incentivar a participação dos idosos.

Um dos grandes desafios da promoção da saúde para pessoas idosas é a aceitação do envelhecer e da cronicidade de algumas doenças. A concepção acerca do envelhecimento, em sua forma mais ampla – biopsicosocial, econômica, espiritual e cultural – e suas consequências na multiplicidade de problemas associados exigem uma abordagem do processo de aceitação, resgate da autonomia, participação e responsabilidades no tratamento. As temáticas e as atividades a serem propostas devem ser discutidas com os participantes de forma a estarem mais adequadas às demandas e às realidades locais.

O local de escolha para o encontro do grupo deve buscar superar as limitações relativas à locomoção e condições socioeconômicas adversas. Deve-se privilegiar

locais próximos às moradias, como escolas, associações comunitárias, Igrejas, e a própria unidade de saúde, entre outros. Nos casos em que a população adscrita à unidade de saúde for muito distante uma da outra, a equipe pode procurar parcerias, como, por exemplo, com a Secretaria de Educação, para o uso de transporte escolar.

O grupo pode ser coordenado por qualquer um de seus membros: usuários, agente comunitário de saúde (ACS), enfermeiro, médico, dentista, técnico de saúde bucal (TSB), ou profissionais do NASF. O coordenador é a pessoa responsável pelo grupo, ele organiza o encontro a partir do planejamento do grupo e, quando necessário, convida alguém para discutir um assunto específico. As pessoas que coordenam grupos devem ter uma definição clara dos objetivos, levando em conta algumas condições básicas:

- as peculiaridades do contexto socioeconômico dos participantes;
- as mobilizações emocionais emergidas nos processos grupais;
- os saberes disponíveis nas comunidades em que se inserem.

A efetiva integração do grupo ocorre na medida em que as pessoas sentem-se tranquilas e seguras para transmitir suas intimidades numa rede de confiança mútua. Cabe ao coordenador a manutenção desse estado espontâneo, intervindo segundo seu referencial teórico, sensibilidade e tato, para os quais não existem regras.

Os grupos podem ser tipificados segundo suas ações dominantes:

- grupos de acompanhamento terapêutico;
- grupos de atividade socioculturais;
- grupos de prática corporal/atividades físicas e terapêuticas, como caminhada, *tai chi chuan*, práticas lúdicas, esportivas e de lazer.

Toda a equipe pode participar do grupo, tomando-se o devido cuidado para o número de profissionais não ser excessivo, isso pode vir a inibir a participação das pessoas.

Torna-se necessária a elaboração de um cronograma de participação dos membros da equipe. Recomenda-se ainda que seja feita uma escala entre os profissionais para que eles não programem concomitantemente essas atividades com as tarefas da Unidade de Saúde.

O importante não é só transmitir conteúdos específicos, mas despertar uma nova forma de relação com a experiência vivida. A transmissão de conteúdos estruturados fora do contexto social do grupo pode ser considerada “invasão cultural” ou “depósito de informações”, pois não emergindo do saber popular daquele grupo provoca desinteresse e abandono das atividades. Sugere-se,

no desenrolar dos grupos, uma metodologia problematizadora que parta da realidade das pessoas envolvidas. Proposta por Paulo Freire, essa metodologia é mais entendida como uma teoria do conhecimento do que como uma metodologia de ensino; constitui-se muito mais em um método de aprender do que um método de ensinar. Nesse processo, surgem temas que geram discussões, extraídos do cotidiano de vida das pessoas.

A postura dos profissionais é fundamental no sucesso do grupo. As figuras de linguagem (metáforas) reproduzem uma imagem mental que auxilia na compreensão. Por exemplo: “a osteoporose é uma doença que causa a redução da massa óssea; é como se o nosso osso virasse uma esponja, ele (o osso) vai perdendo o cálcio e fica parecendo uma esponja”.

Algumas “armadilhas” devem ser evitadas no trabalho em grupo:

- a) a infantilização da linguagem – “tomar o remedinho”, “todos trouxeram o cartãozinho?”;
- b) a intimidação para a obtenção da adesão ao tratamento, conhecimento das doenças e suas complicações;
- c) falas com cunho autoritário;
- d) interrupção da fala de alguém do grupo;
- e) não considerar, ignorar ou desvalorizar a participação de algum membro do grupo;
- f) utilizar termos técnicos sem esclarecer o significado. Isso pode causar um distanciamento entre os profissionais e os membros do grupo, provocando uma separação daqueles que detêm o conhecimento em relação às demais pessoas, além de, muitas vezes, provocar a compreensão errônea do que está sendo dito.

Cabe ao gestor municipal dar suporte para a realização das atividades em grupo, garantindo a educação permanente dos profissionais e o fornecimento de recursos materiais.



Leitura Complementar

Sugestão de leituras complementares:

BASTABLE, S. B. **O enfermeiro como educador**: princípios do ensino aprendizagem na prática de enfermagem. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. São Paulo: Paz e Terra, 1999.

Convidamos você a fazer uma reflexão neste momento. Acompanhe a situação proposta a seguir.

O grupo de idosos da Vila Mariana reúne-se mensalmente para atividades de lazer, como jogos de cartas e confraternização com lanche. Sabendo disso, o enfermeiro da equipe e o educador físico do NASF propõem aos idosos a realização de jogos recreativos que envolvem atividades físicas. Após uma discussão acirrada sobre qual modalidade iriam jogar, decidiram pelo basquete. Dessa forma, o educador físico solicitou ao médico da equipe de saúde que avaliasse os idosos quanto à aptidão para realizar atividades físicas. Após a avaliação, os idosos montaram os times e combinaram a periodicidade em que aconteceriam os jogos. A equipe de saúde observou que os idosos, aos poucos, começaram a participar dos jogos. Essa iniciativa levou a equipe a propor a eles também atividade de caminhada, que ocorreria três vezes por semana com a participação do educador físico e do fisioterapeuta da equipe do NASF. A atividade foi coordenada pelo enfermeiro da equipe de saúde e acompanhada também pelos agentes comunitários. Foi um sucesso! Contou com a participação de idosos, adultos e adolescentes, que desde então têm adotado esse hábito na comunidade, uma vez que a atividade não era direcionada apenas aos idosos.

Depois de acompanhar esta contextualização, reflita:

- Como são os grupos na sua área de abrangência?
- Os espaços de reunião dos idosos já existentes na comunidade são utilizados pela equipe de saúde para ações de promoção de saúde?

SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade, vimos várias práticas de promoção da saúde que podem ser empregadas pela equipe de saúde no cuidado ao idoso. Conhecemos estratégias que podem ser utilizadas pela equipe nos grupos destinados aos idosos. O sucesso dos mesmos não depende só da participação dos idosos, mas também do estabelecimento de vínculos solidários de confiança mútua entre profissionais e comunidade. Também relembramos práticas educativas voltadas aos familiares cuidadores dos idosos, as quais envolvem as relações familiares e a sobrecarga de trabalho do cuidador.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Cadernos de Atenção Básica, n. 19. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad19.pdf>. Acesso em: 14 jul. 2010.

ELIOPOULOS, C. **Enfermagem gerontológica**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005.

Unidade 5



5 EXPERIÊNCIAS EXITOSAS DO TRABALHO INTERDISCIPLINAR NA ATENÇÃO BÁSICA – SAÚDE DO IDOSO

5.1 Educação popular e promoção da saúde do idoso: reflexões a partir de uma experiência de extensão universitária com grupos de idosos em João Pessoa – PB

Com o aumento da população idosa em todo mundo, formas de aprimorar a qualidade de vida vêm sendo discutidas através do desenvolvimento de políticas que contribuam para o envelhecimento saudável. No Brasil, esse processo vem se concretizando de modo marcante na Estratégia Saúde da Família por meio de iniciativas como os grupos comunitários de idosos, marcados pela educação como mediadora do cuidado em saúde. Neste contexto, o Projeto de Extensão Universitária “Práticas Integrals da Nutrição na Atenção Básica em Saúde (PINAB)” vem apoiando ações de grupos de idosos em comunidades no contexto da Saúde da Família, através de atuação com estudantes da graduação de Nutrição da Universidade Federal da Paraíba (UFPB). Este trabalho visa sistematizar as contribuições do Projeto para o desenrolar de ações inspiradas na Educação Popular (EP) nestes grupos; os aprendizados, dificuldades e incertezas que permearam esta experiência, na perspectiva de contribuir para a qualificação da discussão acerca da Educação em Saúde no cuidado com o idoso.

A Atenção Básica se configura no *locus* potencial para a Educação em Saúde e é nela que são identificadas novas abordagens educativas, na perspectiva da humanização do cuidado em saúde, constituindo-se numa das principais estratégias para a reorientação do modelo assistencial. A Educação Popular (EP) destaca-se como uma das várias possibilidades metodológicas de desenvolvimento da educação no setor saúde.

Ao considerar essa experiência, compreendemos que os grupos educativos constituem efetivamente uma estratégia capaz de reorientar o cuidado em saúde do idoso na perspectiva da promoção da saúde na Atenção Básica. Além disso, percebemos que este é um cenário privilegiado para realizar empreendimentos capazes de envolver as pessoas de modo crítico e participativo. Afinal de contas, como foi perceptível na fala dos trabalhadores que participaram das atividades, não basta ter público para palestras, é preciso ter envolvimento coletivo para que a prevenção e o cuidado não sejam apenas responsabilidades de poucos profissionais, mas sim atribuições compartilhadas com a comunidade em geral.

A Educação Popular nos possibilita acreditar que o cuidado em saúde deve estar encharcado de diálogo e participação, além da mística e da cultura popular, reunindo os sujeitos em grupos onde a prioridade não são os conteúdos a serem

transmitidos, mas a criação de espaços de aprendizagem coletiva. Assim, a EP pode ser um dispositivo importante para a promoção da saúde de maneira sustentável na comunidade.

Além disso, essa experiência possibilitou aprendizados para extensionistas e trabalhadores de saúde quanto ao significado da alimentação para a saúde do idoso, enxergando o ato de comer não somente a partir do ponto de vista nutricional, mas como fenômeno social, compreendendo a alimentação saudável como um desafio político, cultural, educativo e que precisa ser enfrentado de maneira coletiva.

Diante do exposto, infere-se que a EP, na Atenção Básica, possibilitou uma abordagem mais dialógica e significativa para os idosos, na medida em que se manteve articulada com a realidade social e cultural por eles vivenciada. Ao considerar criticamente esta experiência, compreendemos que os grupos educativos constituem efetivamente uma estratégia capaz de reorientar o cuidado em saúde do idoso na perspectiva da promoção da saúde na Atenção Básica. Além disso, percebemos que a EP é uma metodologia privilegiada para realizar empreendimentos capazes de envolver as pessoas de modo crítico e participativo (FIRMINO et al., 2010).

5.2 Grupo de hidroterapia – Fisioterapia Aquática, Projeto Mais Viver

O Município de São Bonifácio (SC) possui, atualmente, 3.207 habitantes. Destes, 580 (18,08%) têm mais de 60 anos. Sendo um município com atividades essencialmente agrícolas, as pessoas enfrentam longas jornadas de trabalho, que exigem muito esforço físico, afetando, com o passar do tempo, sua saúde. Surgem, com isso, muitos problemas ortopédicos e outros, fazendo com que as pessoas procurem pelo serviço de fisioterapia. Diante da constatação do grande número de pessoas que necessitavam de atendimento fisioterápico, o município implantou, em 2003, o serviço de fisioterapia em seu território. Este serviço não foi suficiente para atender as necessidades da população, que buscava em cidades vizinhas o atendimento de hidroterapia, pagando pelo mesmo. Surgiu, então, a necessidade de buscar novas alternativas para recuperação dessas pessoas. Os idosos do município organizaram-se e solicitaram aos gestores de saúde a formação de um grupo de hidroterapia, já que no município existe uma piscina aquecida de propriedade particular, mas que poderia ser usada pelo grupo, bem como equipe de saúde para prestar este atendimento.

Diante da solicitação feita pelos idosos para a implantação do serviço de hidroterapia no município, a Secretaria Municipal de Saúde, juntamente com a equipe de saúde, realizou um estudo visando à viabilidade do projeto. Buscou parcerias com a Secretaria de Transportes e Obras, Prefeito Municipal, com o

proprietário da piscina e com o Grupo de Idosos, os quais, juntos, prontificaram-se em oferecer todo o suporte necessário: físico, financeiro e humano.

Em abril de 2009 o Projeto Mais Viver, já existente, iniciou o serviço de hidroterapia com atividades de terapia aquática para um grupo de 19 pessoas acima de 60 anos, no qual eram observadas a orientação clínica e a necessidade de cada um. Por este serviço ser realizado no município, o acesso foi facilitado e a procura cresceu consideravelmente, surgindo a necessidade de sua ampliação. Atualmente, existem três grupos, divididos por sexo e específico conforme necessidade dos pacientes: pediátrico, ortopédico e cirúrgico, que conta, além do fisioterapeuta e da enfermeira ESF, com o apoio das ACS na realização dos exercícios.

Enfatizando os exercícios de baixo impacto, mas não leves, a atividade ajuda na queima de calorias e para adquirir e recuperar o condicionamento físico e, além disso, proteger as articulações. Tecnicamente o que determina a diferença entre baixo e alto impacto é a intensidade com que os pés tocam no solo. Se não há contato (natação, hidroterapia) ou se durante a prática os pés quase nunca saem do chão (marcha atlética). Foram priorizadas as atividades globais as quais estimulam tanto parte sensorial quanto motora, na melhora da aptidão física, trabalhando todas as partes do corpo.

O atendimento acontece nas quartas-feiras das 13h às 18h e o transporte é feito pela Prefeitura. Dentre os resultados encontrados, mesmo com poucos meses de atividade do projeto, é possível destacar: melhora na autoestima com sensação de bem-estar físico e psicológico; melhora da mobilidade; independência; diminuição da dor e limitações; ganho de força e amplitude de movimentos; condicionamento físico, equilíbrio; convívio em grupo, descontração e lazer.

Com a integração da equipe multiprofissional da saúde do município de São Bonifácio, juntamente com as parcerias realizadas, foi possível promover qualidade de vida para as pessoas por meio de saúde, lazer, interação do grupo e atividades globais direcionadas. Os resultados alcançados demonstram a melhoria das condições físicas, psicológicas, diminuição da dor e principalmente a autoestima das pessoas que participam das atividades de hidroterapia do Projeto Mais Viver. Diante da importância das atividades realizadas a ampliação do projeto é urgente e necessária para atender um maior número de pessoas que procuram este serviço (DAVID et al, 2010).

SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade, buscamos apresentar exemplos práticos e relatos de experiências na atenção básica sobre possibilidades de interlocução entre os membros da Equipe de Saúde da Família - ESF e desta com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Com isto, reforçamos a importância do trabalho em equipe interdisciplinar articulado com a comunidade em que, cada vez mais, o saber popular e científico dialogam na perspectiva de uma atenção à saúde que seja integral e acolhedora, nas diferentes situações que demandam atenção integral à pessoa idosa que busca a unidade básica de saúde.

Aqui você chega ao final do Módulo, que teve como foco central as ações de saúde em relação à saúde do idoso, apresentando e discutindo os cuidados que devem ser empregados na atenção às condições de vida e saúde dos idosos usuários do Sistema Único de Saúde.

Abordamos tais conteúdos distribuindo-os de maneira a compreender as características gerais associadas ao cuidado da saúde do idoso. Independente da complexidade ou da amplitude desses cuidados, buscamos também apontar caminhos para que a equipe consiga trabalhar de maneira integrada, visto que é o objetivo comum de todos fomentar a qualidade de vida do idoso e o bem-estar desta população.

Esperamos colaborar na construção de um processo de trabalho fundamentado na integralidade, em suas diferentes vertentes ou sentidos, um verdadeiro e constante desafio para os profissionais de saúde. Desejamos a todos muito sucesso e um ótimo aprendizado!

REFERÊNCIAS

FIRMINO, R. et al. Educação Popular e Promoção da Saúde do Idoso: reflexões a partir de uma experiência de extensão universitária com grupos de idosos em João Pessoa-PB. **Rev. APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 4, p. 523-530, out./dez. 2010. Disponível em: <www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/download/661/399>. Acesso em: 22 mai. 2012.

DAVID, R.; POSSAMAI, M. M. Grupo de Hidroterapia – Fisioterapia Aquática “Projeto Mais Viver”. **Revista Catarinense de Saúde da Família**, ano I, n. 3, jul. 2010. Disponível em: <portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=457&Itemid=82>. Acesso em: 14 mar. 2016.

SÍNTESE DO MÓDULO

Neste módulo foram abordados aspectos do processo de envelhecimento, fundamentais para a atenção integral à saúde do idoso, relacionados às suas particularidades que irão influenciar tanto as decisões clínicas quanto aquelas referentes aos aspectos sociais, que envolvem a abordagem integral na avaliação do idoso. Essa percepção fundamenta nossa prática e auxilia-nos a prever eventos danosos e como podemos evitá-los.

Foram abordados alguns agravos e cuidados no processo de envelhecimento, fundamentais para a atenção integral à saúde do idoso, destacando algumas possibilidades de avaliação no processo de envelhecimento, assim como as ações de prevenção e de cuidado integral, e de educação em saúde, com o olhar voltado para o idoso.

Buscamos contextualizar o conteúdo, apresentando exemplos práticos e relatos de experiências na Atenção Básica sobre possibilidades de interlocução entre os membros da Equipe de Saúde da Família – ESF e desta com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Com isto, reforçamos a importância do trabalho em equipe interdisciplinar articulado com a comunidade em que, cada vez mais, os saberes popular e científico dialogam na perspectiva de uma atenção à saúde que seja integral e acolhedora, nas diferentes situações que demandam atenção integral à pessoa idosa que busca a unidade básica de saúde.

Sem a pretensão de esgotar os temas abordados, o texto baseou-se em um referencial, baseado em evidências científicas. Independentemente da complexidade ou da amplitude desses cuidados, procuramos também apontar caminhos para a realização do trabalho integrado aos demais profissionais da equipe de saúde. Esperamos colaborar na construção de um processo de trabalho fundamentado na integralidade, em suas diferentes vertentes ou sentidos, um verdadeiro e constante desafio para os profissionais de saúde.

Desejamos a todos muito sucesso e um ótimo aprendizado!

AUTORES

Jussara Gue Martini

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (1979), especialização em Metodologia do Ensino Superior pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (1982), especialização em Enfermagem Médico Cirúrgica pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (1987), especialização em Enfermagem Comunitária pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (1990), especialização *On Line* em Investigação sobre o fenômeno das drogas, pela Universidade de São Paulo (2006), especialização em Acupuntura pelo Colégio Brasileiro de Estudos Sistêmicos (2005), mestrado em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1993) e doutorado em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1999). Atuou como docente e pesquisadora dos cursos de Enfermagem e Pedagogia na Universidade do Vale do Rio dos Sinos, no período de 1982 a 2004, tendo exercido, na mesma instituição, as funções de Chefe de Departamento de Educação, Coordenadora de Pós-Graduação e Pesquisa do Centro de Ciências Humanas e de Diretora de Administração do Centro de Ciências Humanas. Atuou como enfermeira da Prefeitura Municipal de Porto Alegre, no período de 1995 a 1999. Participou como conselheira no Conselho Municipal de saúde de Porto Alegre, de 1995 a 1999 e como conselheira do Conselho Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul, de 1998 a 2004, exercendo a Coordenação da Comissão de DST/AIDS do Conselho estadual. Atualmente é Professora e pesquisadora do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) e preceptora do Programa de Residência Integrada em Saúde da Família (PRISF) da Universidade Federal de Santa Catarina. Integra a Diretoria da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) - Gestão 2007 - 2010, exercendo a Diretoria de Publicações e comunicação social. Possui experiência na área de Educação em Enfermagem, Enfermagem na Atenção Básica no cuidado às pessoas que vivem com HIV/AIDS, atuando principalmente nos seguintes temas: representações sociais de HIV/AIDS educação em enfermagem em Atenção Básica. No campo das representações profissionais, foi diretora de Educação e presidente da ABEn RS (1998-2001 e 2001-2004), Segunda tesoureira da ABEn Nacional (2004-2007) e Diretora de Publicações e comunicação social da ABEn - Nacional (2007-2010).

<http://lattes.cnpq.br/7817167061525536>

Ana Lúcia Schaefer Ferreira de Mello

Possui graduação em Odontologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (1998), mestrado em Odontologia em Saúde Bucal Coletiva pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2001), doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (2005) e Doutorado em Odontologia em Saúde Coletiva também pela UFSC (2009). Ainda realizou Pós-doutorado no Grupo de Estudos e Pesquisas em Administração e Gerência do Cuidado em Enfermagem e Saúde (GEPADES/ PEN/UFSC). Desenvolve trabalhos na área do Cuidado à Saúde, com ênfase em Melhores Práticas e Odontologia em Saúde Coletiva, atuando principalmente nos seguintes temas: cuidado à saúde, cuidado à saúde bucal, odontologia em saúde bucal coletiva, saúde do idoso, odontogeriatría, instituições de longa permanência, melhores práticas em saúde, serviços de saúde, políticas públicas em saúde, saúde da família e promoção da saúde.

<http://lattes.cnpq.br/6656705142477097>

André Junqueira Xavier

Especialista em Geriatria pela Escola Nacional de Saúde Pública – ENSP/ FIOCRUZ, pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul – PUC/RS e pela Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia SBGG/AMB. Graduado em Medicina pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ, 1989), mestre em Ciências da Computação pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC, 2002) e doutor em Informática na Saúde UNIFESP – Universidade Federal de São Paulo/UNIFESP (2007). Atualmente, é professor de Geriatria e Medicina Preventiva da Universidade do Sul de Santa Catarina. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Geriatria, atuando principalmente nos seguintes temas: geriatria, gerontologia, informática, envelhecimento prevenção e interação.

<http://lattes.cnpq.br/9125363765724910>

Lúcio José Botelho

É Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Santa Catarina (1977) e Mestre em Saúde Pública pela Universidade Federal de Santa Catarina (2003). É Professor Adjunto IV do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina, e atua nos temas epidemiologia, mortalidade infantil e acidentes de trânsito.

<http://lattes.cnpq.br/1140676135217923>

Fernando Mendes Massignam

Doutorando e Mestre (2010) em Saúde Coletiva, pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), Especialista em Saúde da Família (UFSC, 2010), Especialista em Fisioterapia Cardiorrespiratória pela Universidade Tuiuti do Paraná (UTP, 2001) e Graduado em Fisioterapia pela Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC, 2000). Atualmente é discente bolsista da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) no Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva (PPGSC/UFSC). Lecionou nos cursos de graduação em Fisioterapia da Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL, 2001-2005) e da Faculdade Estácio de Sá (2006-2007), e nos cursos de graduação em Medicina, Odontologia, Fonoaudiologia e Farmácia, como professor substituto do Departamento de Saúde Pública da UFSC. Foi consultor no Telessaúde de Santa Catarina (2009-2010) e tutor no Curso de Especialização em Saúde da Família Modalidade à distância, da Universidade Aberta do SUS (UnASUS/UFSC) (2012-2013). É membro do Grupo de Estudos em Educação e Saúde e do Núcleo de Pesquisa e Extensão em Bioética e Saúde Coletiva (NUPEBISC).

<http://lattes.cnpq.br/8314412086902417>



**Ministério
da Saúde**



**Secretaria de Estado da Saúde
Santa Catarina**